FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

471

ANNEE 1967

POUR LE

n°

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Claude-André CESTRE
né le 4 Juillet 1940 à Audes (Allier)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LES PHARYNGOPATHIES HYPERURICEMIQUES ET LEUR TRAITEMENT THERMAL A LUCHON

Président : Monsieur MADURO, Professeur

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

ANNEE 1967 n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Claude-André CESTRE
né le 4 Juillet 1940 à Audes (Allier)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LES PHARYNGOPATHIES HYPERURICEMIQUES ET LEUR TRAITEMENT THERMAL A LUCHON

Président : Monsieur MADURO, Professeur

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

https://archive.org/details/IA41544304_0015

15/1/1967

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR. . . . . } Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR. . . . . } Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
— —	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiclogie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) GOUGEROT (L.) ROUCAYROL (J.-Cl.) TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique		DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	BAUMANN (J.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)		CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	N...
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	CONTE (M.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal)	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
Médecins	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)

	MM.
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Je dédie cette étude :

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. MADURO.

qui m'a accueilli dans son service
et m'a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de ma respectueuse
gratitude.

A MESSIEURS LES DOCTEURS LAMAS et MOUCHARD

qui m'ont inspiré ce travail.

A MES PARENTS

auxquels je dois de m'avoir permis
d'accomplir ces années d'étude,
et d'être arrivé à ce jour.

A MA FEMME

A MES AMIS

A TOUS LES MIENS.

INTRODUCTION.

Le meilleur travail d'ensemble concernant les "Pharyngites Chronique" est sans doute celui de notre Maitre MADURO dans son traité des "Maladies du Pharynx".

Mis à part la pharyngite chronique d'origine naso-sinusienne, évoluant vers la pharyngite sèche, il distingue :

Les Pharyngites catarrhales et hypersecrétantes qui sont souvent des adéno-pharyngites.

Les Pharyngites hypertrophiques congestives, muco-purulentes, avec leur deux phases d'écoulement glaireux et d'écoulement gommeux.

Les Pharyngopathies chroniques congestives, sur lesquelles nous reviendrons.

Enfin, les Pharyngites sèches, croutelleuses, pour terminer par : les Pharyngites atrophiques ozéneuses.

Les pharyngopathies chroniques congestives, toujours dans cette classification, relèvent de causes locales, (insuffisance respiratoire nasale, tabagisme, intolérance médicamenteuse ou professionnelle) et de causes générales chez les alcooliques, colitiques, hépatiques, et enfin, pléthoriques dont la description de MADURO nous paraît trop évocatrice pour ne pas la citer, "sujet gros à cou court et empâté, au visage vultueux, sanguin, alourdi par un double menton, mais au demeurant alerte, vif, et souvent débordant d'activités..." appétit dévorant... fort buveur... grand fumeur... diabétique quelquefois, ... colitique".

Le but de ce travail est d'apporter à cette classification déjà très complète un certain nombre de remarques et ceci sur trois plans :

D'une part, sur le plan étiologique, car à la lumière d'un certain nombre d'observations il nous est apparu comme essentiel d'attirer l'attention du médecin et du spécialiste sur l'importance du facteur "Acide urique", dans les pharyngites, quelle que soit leur forme anatomique.

D'autre part, sur le plan clinique, car, dans le cadre des pharyngopathies chroniques, on ne trouve pas seulement le malade pléthorique déjà décrit, mais aussi de très nombreux sujets, hommes ou femmes, qui sont loin de cette description classique et qui peuvent constituer des "Formes de découverte" de la goutte.

Bien plus, l'étiologie d'hyperuricémie ne donne pas seulement l'aspect de la pharyngopathie congestive mais on peut observer toutes sortes de modalités : catarrhales, hypertrophiques, et même sous la forme d'une paresthésie pharyngée.

Le seul point commun à toutes ces modalités cliniques de la pharyngite chronique goutteuse que nous voudrions souligner d'emblée, c'est leur caractère algique. Tous ces malades souffrent, au niveau de leur pharynx ou de leur larynx, au moment des poussées aigues, souvent aussi au niveau de la colonne cervicale, le plus souvent, enfin, à distance en des points que l'on découvre quelquefois à l'interrogatoire mais que plus fréquemment, il faut savoir rechercher.

Sur le plan thérapeutique enfin, et plus particulièrement sur le plan du traitement thermal de ces affections, dans ce très beau chapitre de MADURO sur les pharyngites chroniques, on ne relève, et ceci uniquement au sujet des pharyngites sèches, que ces propos, peut-être un peu sceptiques : "Les cures sulfureuses sont souvent bienfaisantes et leurs résultats très appréciés par certains malades".

Là encore, en ce qui concerne les malades que nous avons étudiés, il nous apparu que les eaux thermales sulfureuses, la

sudation par le Redio Vaporarium de Luchon les cures de diurèse, et les douches pharyngées constituaient le traitement de choix, qui seul, présente le double avantage de soulager le malade localement, tout en traitant la cause sur le plan général.

En somme, démontrer l'existence de pharyngites chroniques goutteuses se présentant sous certains aspects cliniques particuliers, souligner l'intérêt de leur traitement thermal à Luchon, tels sont les deux buts que nous nous sommes fixés.

GENERALITES.

L'otorhinolaryngologiste ne connait le plus souvent de l'hyperuricémie que ce fameux "pseudo-phlegmon goutteux", que l'on trouve dans tous les chapites sur le phlegmon para-amygdalien, mais beaucoup plus rarement dans la pratique courante. On devrait théoriquement la reconnaitre facilement devant l'importance de la réaction congestive, avec cet aspect écarlate et flamboyant de la muqueuse, contrastant avec l'absence de trismus et d'oedème de la luette, évoluant sur un terrain dont le type et les antécédents devraient évoquer le diagnostic. En pratique, il faut être plus modeste et avouer que les rares cas rencontrés n'ont fait leur preuve de "pseudo-phlegmon goutteux" que sur l'absance de pus à la ponction et sur l'inefficacité absolue des traitements antibiotiques.

De toutes façons, ces formes font partie des raretés et le spécialiste ne devrait plus attendre ce tableau pour faire le diagnostic de goutte.

Il est à remarquer d'ailleurs que le généraliste, dans les mêmes conditions, n'attend plus la "crise aigue du gros orteil" pour demander le taux d'acide urique sanguin de son malade. En effet, le "pseudo-phlegmon" comme l'"arthrite du gros orteil" sont devenus suffisamment rares pour que le spécialiste et le médecin soient alertés par des aspects cliniques plus discrets qui relèvent cependant de la même étiologie et qui devraient déclencher chez eux ce réflexe : rechercher le taux d'uricémie.

Ceci confirme une notion désormais classique : "la goutte est une maladie qui s'est transformée ; elle a gagné en fréquence ce qu'elle a perdu en intensité".

Un autre aspect de la pharyngite goutteuse avait été signalé il y a bien longtemps en 1884 par les travaux de LE CORCHE dans son "traité sur la Goutte". LERMOYEZ, VERDALLE ont bien précisé son aspect et son étiologie :

"Pharyngite aiguë, intense, hyperalgique, avec rougeur luisante du pharynx, et possibilité de signes cervicaux, craquements, vertiges, inégalité pupillaire".

Qu'on nous permette ici une interprétation de ce tableau. Il s'agit en effet, d'une coexistence d'une pharyngite goutteuse et d'une poussée aiguë d'arthrose cervicale. Est-ci d'ailleurs une simple coexistence ? Ne serait-il pas plus normal de considérer ce tableau comme le même phénomène résultant d'une congestion de l'espace pré-vertébral, appareil péri-articulaire d'un rhumatisme goutteux à localisation cervicale. Nous le verrons en effet, un très grand nombre de nos observations, pour ne pas dire la presque totalité, associent pharyngite et arthrose cervicale avec comme dénominateur commun biologique une hyperuricémie.

Comme l'ont fait remarquer LIEVRE et CAMUS, les crises aiguës, para-articulaires intéressant des formations voisines des articulations, sont très fréquentes, au moins aussi fréquentes que les crises articulaires proprement dites : ceci est bien connu pour la face interne du premier métatarsien, pour les bursites olécraniennes, pour les tendinites goutteuses qui relèveraient du même mécanisme. Les formations tophacées, au contact des muscles ou des nerfs, peuvent entrainer des myalgies, des névralgies, des radiculalgies, et c'est dans ce cadre que l'on inscrit le lumbago et le torticolis goutteux.

En fait, comme pour le pseudo-phlegmon goutteux, cet aspect de pharyngite aiguë goutteuse nous a paru assez rare car là encore, il s'agit de poussées aigues qui sont en réalité devenues assez exceptionnelles. Si elle est plus fréquente que le pseudo-phlegmon, la pharyngite aiguë n'en demeure pas moins une forme d'observation peu courante pour l'O.R.L.

En dehors de ces manifestations aiguës que nous venons de rappeler, il existe des manifestations relevant d'un état chronique d'hyperuricémie. Cet état représente, comme il a été dit, une "potentialité morbide" qui, à notre avis, s'objective très souvent au niveau du pharynx. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point, mais il nous paraît nécessaire cependant de préciser déjà pourquoi ce sont des manifestations chroniques qui ont retenu notre attention. En effet, le choix des observations que nous avons réunies pour les présenter ici ne s'est pas fait dans le cadre d'une clientèle de consultation courante. Tous les sujets que nous avons observés sont des malades de clientèle thermale, adressés en cure le plus souvent pour des "pharyngites chroniques", quelquefois même pour des angines à répétition, mais aussi pour des manifestations O.R.L. n'ayant qu'un lointain rapport avec le pharynx, enfin et plus rarement pour d'autres affections relevant de la rhumatologie. Car si l'otorhinolaryngologiste ne pense pas souvent à la goutte, le rhumatologue ne regarde pas souvent le pharynx !

Une première sélection était donc faite parmi ces malades. Au départ, ils se sont présentés à nous comme des "chroniques" mais une chose est certaine : pratiquement jamais, l'étiologie goutteuse n'avait été évoquée par ceux qui nous les avaient adressés.

Cependant, à l'interrogatoire, nous avons souvent relevé des manifestations aiguës, algiques, pharyngées ou non, que ces malades avaient présentées au cours de l'hiver précédant la cure, manifestations qui relevaient vraisemblablement de leur hyperuricémie.

Et c'est ainsi que nous sommes arrivés aux constatations suivantes :

Toutes les Pharyngites peuvent s'accompagner d'une hyperuricémie ; ce n'est donc pas de leur aspect clinique, de leurs formes anatomiques qu'il faut attendre un diagnostic étiologique.

Si c'est la rougeur du Pharynx, sans écoulement, s'accompagnant de toux, de sécheresse ou d'irritation suivant les cas,

qui constitue l'aspect le plus habituel, ce tableau clinique n'est pas suffisant pour parler d'étiologie uricémique, surtout si l'on tient compte du très grand nombre de causes locales ou générales qui peuvent donner un tableau identique.

Bien plus, c'est souvent devant un écoulement glaireux avec rougeur du pherynx, avec ou sans granulations pharyngées, avec toux, et enrouements saisonniers que l'on a la surprise de trouver un taux d'acide urique élevé.

D'autres fois, il s'agit d'un écoulement gommeux, avec sensation de corps étranger. Ces deux formes dans les mêmes conditions pourront évoluer vers la pharyngite sèche, alors qu'un traitement suffisamment précose arrêterait peut-être cette évolution.

Enfin et surtout, nous avons souvent rencontré chez nos malades de simples gênes, des douleurs fugaces ou mal définies du pharynx. C'est dire qu'il s'agit là de paresthésie pharyngée qu'un examen trop superficiel aurait interprété comme résultant d'une psychopathie ou d'une cancérophobie. Un certain nombre de malades, dans les conditions que nous venons de décrire ont pu bénéficier d'une recherche de l'uricémie et, du même coup, avoir une explication à leur affection, enfin et surtout de partir rassurés avec un traitement qui les soulage. Car à quoi servirait à un malade de lui dire qu'il n'a pas de cancer s'il continue à souffrir des mêmes ennuis, à en ignorer la cause et à ne bénéficier d'aucun soulagement des prescriptions qui lui ont été faite. A l'opposé, la découverte d'un taux élevé d'acide urique peut quelquefois résoudre tous ces problèmes.

Pour terminer et pour résumer, nous voudrions insister sur le fait suivant : toutes les pharyngites, quel que soit leur aspect anatomique, peuvent s'accompagner d'un taux d'acide urique élevé. Quelquefois, il s'agit de formes associées mais souvent il s'agit de pharyngites goutteuses et le spécialiste comme le généraliste devront y penser chaque fois que cette pharyngite s'accompagne d'un contexte douloureux. Cette note douloureuse peut d'ailleurs être locale, au niveau du pharynx lui-même, régionale, au

niveau des cartilages laryngés, ou même à distance, au niveau des points douloureux habituels que le rhumatologue connaît bien comme évocateurs de l'hyperuricémie mais qui, à l'opposé, sont le plus souvent ignorés du laryngologiste.

Ce sont ces manifestations douloureuses qui sont contemporaines de la pharyngite hyperuricémique chronique que nous voudrions signaler maintenant car elle présente, à notre avis, une très grande valeur diagnostique. Si, comme nous l'avons dit, ce sont les pharyngopathies douloureuses qui doivent évoquer la possibilité de l'hyperuricémie, ce sont d'autres critères qui nous font adresser ces malades au laboratoire avec de très grandes présomptions d'un résultat positif, d'un taux d'acide urique anormalement élevé.

Ces critères d'orientation diagnostique sont trop nombreux et variés pour nous permettre d'en faire un exposé bien systématisé ; nous ne pouvons que les énumérer dans un ordre correspondant à ce qui se passe auprès du malade sous trois rubriques : l'interrogatoire, les manifestations régionales, les manifestations générales.

Au stade de l'interrogatoire, tous ceux qui se sont penchés sur le problème de la goutte semblent être d'accord sur l'importance des antécédents familiaux et plus particulièrement sur le caractère héréditaire de l'affection. Nous en avons nous-mêmestenu un très grand compte et nous l'avons trouvé très souvent. Cet interrogatoire peut quelquefois nous donner, c'est le cas le plus rare, la notion d'un accès classique de goutte aiguë dont nous voudrions très rapidement rappeler les éléments essentiels. Caractéristique par son siège quand il s'agit du gros orteil, il se localise parfois aux membres inférieurs, d'autres fois, aux mains et aux coudes. Rougeurs, douleurs intenses à début et à recrudescence nocturnes contrastant avec l'absence de signes généraux. Evolution rapide et sans séquelles. Le tableau sera complet si la crise a été calmée par la colchique et ses dérivés et par la phénylbutazone, bien que ce traitement soit déjà moins spécifique de l'affection. En fait, ce n'est que dans quelques cas que nous avons eu la chance de pouvoir retenir la notion d'un accès aigu de goutte primitive dans les antécédents, à propos d'une pharyngopathie chronique.

Ce qu'il faut attendre le plus souvent de cet interrogatoire, ce sont : les habitudes alimentaires, l'alcoolisme, la sédentarité, les accidents articulaires sur des traumatismes minimes, arguments de présomptions mais cependant précieux pour l'orientation du diagnostic.

Dans ce même domaine, nous avons toujours tenu un très grand compte des antécédents de coliques néphritiques. Bien que le plus souvent, le malade ne puisse malheureusement pas préciser les caractères chimiques de sa lithiase, il s'agit là encore d'un argument précieux à retenir.

Viennent ensuite, comme nous avons pu l'annoncer, les manifestations régionales qui, elles, peuvent être trouvées dans un examen surtout par un spécialiste O.R.L.

Il devrait, en principe, être bien placé pour découvrir le "tophus" du pavillon de l'oreille, qui pour certains est un des rares signes pathognomoniques de la goutte. Le plus souvent il ne le cherche pas, et pour sa défence, il faut bien dire qu'on le trouve rarement, mais ne s'agit-il pas là, de l'avis de médecins plus compétents que nous en la matière, d'un aspect tardif de la maladie.

Toujours dans le domaine de l'oreille, on a signalé la relative fréquence de l'eczéma du conduit auditif chez les goutteux. Aurait-il comme on aurait pu le dire à propos du rhumatisme, un rôle substitutif. C'est une notion que nous trouvons chez les auteurs anciens sans que nous puissions le partager.

Par contre, les plaques calcaires sur le tympan déjà signalées par ces auteurs nous paraissent être une notion beaucoup plus intéressante à retenir, car nous avons eu l'occasion d'en trouver assez souvent.

TOYNBE à pu rapporter une ankylose des osselets d'origine goutteuse, ayant trouvé à l'autopsie des nodosités sur les osselets comparables à des tophi.

Dans le même ordre d'idée GELLE parle de cette diathèse rhumatismale comme étant l'ennemie de l'oreille, à cause des rapports chronologiques existant entre les crises articulaires et les aggravations auditives. LERMOYEZ de son côté oppose les otites sèches d'origine tubaire aux otites sèches diathésiques. Leur caractéristique est d'être bilatérale, progressive, mixte à retentissement labyrinthique précoce, à tympan aminci souvent athrophique avec épaississement scléreux et possibilité d'ankylose de la chaîne des osselets. C'est le "rhumatisme déformant de l'oreille" de LERMOYEZ.

A l'opposé dans des travaux plus récents, MARCHAND à propos de 122 malades du Service de COSTE conclut d'abord sur la rareté de ces surdités chroniques progressives (3 observations sur 122), ensuite sur la difficulté d'affirmer leur étiologie rhumatismale, le rapport chronologique entre la surdité et le rhumatisme n'étant jamais très évident.

C'est chez les auteurs anciens que l'on retrouve la notion d'un catarrhe tubo-tympanique récidivant chez les sujets congestifs localisant leur diathèse arthritique sur un pharynx rouge vif. Toujours dans les mêmes publications ils interprétaient comme labyrinthite goutteuse l'algie aiguë à certains bruits, la tendance aux vertiges, les bourdonnements importants. Dans de telles descriptions, faute de renseignements sur les données de l'exploration vestibulaire, on ne peut savoir quelle est la part qui revient au labyrinthe et celle plus probable, qui revient à l'arthrose cervicale.

Par contre, l'hyperémie des fosses nasales, la rhinorée prenant quelquefois même le masque d'un coryza spasmodique que ces auteurs ont signalées, correspondent mieux à ce que nous avons pu constater nous-mêmes.

Il existe une laryngite goutteuse ayant des caractères très proches de la pharyngite. Peut-être s'agit-il quelquefois de lésions fluxionnaires au niveau des cartillages laryngés et de leurs articulations pouvant être le siège de tophi. De toutes fa-

çons, dans notre examen de toutes les pharyngites chroniques, nous avons toujours tenu un très grand compte de la douleur déclenchée par la mobilisation laryngée et plus particulièrement de la douleur exquise provoquée par la pression de l'espace crico-thyroïdien et peut-être surtout à gauche, sans que nous puissions donner d'explication à cette localisation douloureuse fréquemment observée chez les hyperuricémies. Nous rapprocherons cependant ces faits de ceux que signalent LIEVRE et CAMUS à propos des manifestations extra-articulaires de la goutte : l'existence de douleur cartilagineuse costale et plus particulièrement du "Syndrome de TIETZE" goutteux, douleur thoracique haute dont le siège le plus fréquent est la 3è synarthrose chondro-costale gauche et plus rarement le rebord costal inférieur. Un bon signe de présomption est également la douleur au pincement du sternocleidomastoïdien.

Nous ne voudrions pas terminer ce chapitre des manifestations régionales que l'on peut observer au cours des pharyngopathies goutteuses, sans signaler une association fréquente à une arthrose cervicale.

Restent les manifestations générales, dernier chapitre de notre tryptique. Nous serons là beaucoup plus bref ; c'est même avec une certaine appréhension que nous abordons un tel sujet, qui demanderait la compétence d'un rhumatologue confirmé, et nous nous excusons par avance des erreurs et des emprunts qui ne manqueront pas d'apparaître ici.

Il existe bien sûr des formes extra-articulaires de la goutte, dont font partie d'ailleurs nos pharyngites chroniques. Il en existe bien d'autres, par exemple, les gouttes oculaires décrites par PAUFIQUE : l'épisclérite goutteuse, plus rarement la sclérite goutteuse ; la forme habituelle était l'iritis goutteuse. Ce sont des manifestations aiguës, très douloureuses, d'apparition nocturne, guérissant le plus souvent sans séquelles. Il existe une forme post-opératoire après intervention de la cataracte et ceci est peut-être à retenir pour expliquer les douleurs intenses et anormalement prolongées que l'on observe chez certains de nos amygdalectomisées après la quarantaine.

Mais ce sont surtout les formes articulaires de la goutte que nous retiendrons ici. Selon LAYANI, on distingue des gouttes aiguës du gros orteil, moncarticulaires, polyarticulaires, et des gouttes chroniques : tophacées, polyarticulaires, et arthropathies uratiques chroniques.

Il existe en outre des formes atypiques de la goutte articulaire et des formes para-articulaires décrites par ERIC MARTIN (Genève).

Dans nos pharyngites chroniques avec hyperuricémie, nous avons rencontré le plus souvent des douleurs articulaires ou para-articulaires, généralement contemporaines des manifestations O.R.L. que nous avons déjà décrites. Nous avons pu en retenir, et ceci est une notion classique pour le rhumatologue, l'absence de symétrie et de systématisation de ces arthropathies. De toutes façons, nous avons toujours tenu un très grand compte, dans l'orientation de notre diagnostic des douleurs spontanées ou provoquées à la pression suivant certaines localisations d'élection.

Au niveau des mains, la limitation des mouvements, souvent remarquée au niveau du pouce, plus rarement au niveau des autres doigts, s'accompagne d'un point douloureux électif, fréquemment retrouvé, siègeant au niveau de l'articulation radiocarpienne (tabatière anatomique). Viennent ensuite des douleurs spontanées ou provoquées au niveau du coude, (épicondylalgies) et de la région olécranienne. Au niveau du membre inférieur, ces douleurs peuvent s'observer au gros orteil, au tendon d'Achille et au genou.

En plus de leur absence de symétrie, de systématisation, ces douleurs présentent le caractère d'être souvent motivées par des microtraumatismes et ceci aussi est une notion habituelle pour les rhumatologues. C'est ainsi que l'un de nos malades atteint de pharyngite chronique et d'hyperuricémie présentait une douleur toute particulière au niveau de la face interne du poignet droit, et il attribuait cette douleur au fait que son passe-temps favori était la sculpture.

En somme, et pour nous résumer, il existe des pharyngopathies chroniques avec des taux élevés d'acide urique, certaines d'entre elles pouvent être considérées comme des pharyngites chroniques goutteuses.

L'orientation de ce diagnostic peut se faire sur l'aspect clinique et son caractère algique, en retenant surtout la notion d'hérédité, des manifestations douloureuses régionales, des manifestations douloureuses générales enfin, en des points bien précis de certaines articulations et de leur voisinage.

LES OBSERVATIONS.

Nous avons retenu, pour les présenter dans ce mémoire, 75 observations.

Quelques CONSIDERATIONS GENERALES concernant la manière dont s'est effectuée cette sélection s'imposent en tête de ce chapitre, pour la justifier, afin d'essayer ensuite d'analyser ces observations et d'en tirer, autant que faire se peut, des enseignements.

Comme il a été dit plus haut, ce choix s'est effectué parmi des malades atteints d'affections chroniques, pour lesquelles ils sont venus se soigner à Luchon.

Parmi ces malades, très nombreux, il nous a d'abord fallu retenir les observations de ceux associant des signes de pharyngite chronique, des signes "d'orientation" faisant penser à la goutte, et une hyperuricémie supérieure à 70 mg, ce chiffre étant choisi pour des raisons que nous exposerons plus loin.

Cette première sélection opérée, nous avons, de propos délibéré, éliminé toutes les observations de malades chez qui la pharyngite pouvait être attribuée à une autre cause, plus immédiate ou plus logique, qui aurait pu faire suspecter l'authenticité de l'étiologie goutteuse.

C'est ainsi qu'ont été écartées les observations de malades présentant :

- des suppurations chroniques naso-sinusiennes,

- des intoxications professionnelles ou médicamenteuses,

- un éthylisme évident et ancien, surtout associé à un tabagisme exagéré,

- une glycémie supérieure à 1,10 g.

Sur le plan biologique, le dosage de l'acide urique a été fait suivant la technique de GRIGAUT. Cette technique n'est peut-être pas la plus fidèle et c'est pourquoi nous avons gardé une large marge de sécurité puisque d'après COSTE, selon cette technique, on peut parler d'hyperuricémie à partir de 50 ou 55 mg.

En ce qui concerne l'urée, elle a été dosée selon la méthode de l'hypochromite.

Certes on pourra reprocher à ces observations le manque d'examen complémentaires, concernant la V.S. la formule sanguine, les tests hépatiques. Et l'absence de données chiffrées sur le fonctionnement rénal, volumétrie, densimétrie, ph urinaire, uricurie.

Qu'on veuille seulement se souvenir qu'il s'agit là d'une clientèle thermale, et qu'il n'est pas toujours facile d'imposer aux malades des examens complémentaires, dont la nécessité immédiate ne leur apparaît pas.

Au terme de cette sélection, nous avons pu classer nos observations en trois groupes, en se fondant sur des critères cliniques.

1°) Les malades présentant une pharyngite goutteuse, limitée à des manifestations locales, et aux petits signes d'orientation décrits plus haut.

2°) Les malades associant à ces deux éléments des manifestations régionales, essentiellement une arthrose cervicale, et des manifestations laryngées.

3°) Les formes plus complètes, comportant, à coté de la pharyngite goutteuse, des manifestations régionales, et des manifestations à distance de goutte articulaire et para-articulaire.

En cela nous avons respecté le plan de la première partie de cet exposé.

GROUPE I

Observation n° 1 : P... Michel, 31 ans, Charcutier.

Venu à Luchon pour une rhino-pharyngite chronique, avec une dominante pharyngalgique.

O.R.L. : a subi amygdalectomie et adénoïdectomie à l'âge de 8 ans. Depuis, pas d'angine, mais depuis quelques années des maux de gorge sont apparus sans périodicité, ils s'accompagnent d'une obstruction nasale, pour laquelle on a pratiqué, en 1962, une cautérisation des cornets.

L'examen : montre une pharyngite chronique et hypertrophique, avec au niveau des amygdales, du voile et de la luette, une muqueuse rouge vif, et au niveau de la paroi postérieure de l'oro pharynx, une muqueuse recouverte de secrétions glaireuses assez adhérentes.

Les fosses nasales sont congestives, et les cornets inférieurs restent gros. On ne note aucun signe de rhinite ni de sinusite. Le reste de l'examen O.R.L. est négatif.

Le bilan des autres appareils est également négatif. Il s'agit d'un adulte jeune, sans antécédents pathologiques notables, hormis une albuminurie transitoire, non retrouvée au cours d'examens ultérieurs.

Cet homme actif, qui exerce la profession de charcutier-traiteur mesure 1m70 et pèse 66 kg. On remarque la coloration pâle de son teint. Bien qu'exposé, par sa profession, à manger de préférence, des viandes, des charcuteries, des salaisons, il ne fait pas de suralimentation, comme en témoignent ses caractères morphologiques. Il ne boit pas d'alcool et ne fume pas. Sa T.A. est à 12/8.

Laboratoire : urée 0,58
Glyc. 1,00
Chol. 2,64
Ac. Urique 0,077

Résultats : le malade signale une augmentation importante de sa diurèse. Amélioration fonctionnelle très nette. Disparition de l'acpect congestif et catarrhal de la muqueuse.

Observation n° 2 : M.B... Henri, 53 ans, directeur de banque.

Cet homme actif et dynamique, médioligne avec une bonne musculature, teint coloré, est soumis, par ses obligations professionnelles, à de nombreuses sollicitations gastronomiques, et il fait souvent des repas riches et bien arrosés. Il ne fume pas.

Il pèse 78 kg pour 1 m72, et sa tension artérielle varie autour de 16/10. Il se plaint surtout de douleurs de gorge, et d'une sensation de corps étranger, déterminant un hemmage et des raclements de gorge qui s'accentuent dans les périodes de fatigue, ou lors des poussées de surinfection saisonnières.

A l'examen, il s'agit d'un pharynx très rouge congestif et catarrhal dans son ensemble, avec congestion intense des amygdales, des piliers et du voile, une tendance hypertrophique nette des formations muqueuses, des piliers postérieurs, quelques granulations oropharyngées postérieures et latérales.

On trouve également un aspect congestif des fosses nasales sans secrétions, le larynx est normal, on note une légère presbyacousie. Sur le plan articulaire, on ne note pas de phénomène inflammatoire ou douloureux. Le bilan des autres appareils, digestifs, cardio vasculaire et urinaire est négatif.

Laboratoire : Urée 0,35
Glyc. 0,97
Chol. 3,25
Ac. Urique 0,073

Résultats : satisfaisants sur le plan clinique. Disparition des hemmages. Aspect moins congestif.

Observation n°3 : M. M... Albert, 55 ans.

Vient en cure à Luchon depuis trois ans pour des rhino-pharyngites à répétition, et des douleurs pharyngées fréquentes. A subi une amygdalectomie à l'âge de 43 ans, mais cette intervention ne semble pas avoir modifié de façon sensible les ennuis rhino-pharyngés de M. M... Ceux-ci, par contre, ont bénéficié d'une amélioration notable à la suite de la première cure.

Actuellement, il s'agit de pharyngalgies tenaces et permanentes, sans épisodes de renforcement saisonnier. Les signes fonctionnels se résument à peu près à ces algies pharyngées qui prennent de temps à autre le type de cuisson ou d'irritation, associées à une douleur laryngée, à type de névralgie du Laryngé supérieur.

A l'examen, il s'agit d'un oro-pharynx rouge vif, avec des loges amygdaliennes hyperhémiées, et quelques granulations sur une paroi postérieure rouge et présentant des lacis vasculaires. Le reste de l'examen ne montre qu'un aspect congestif des fosses nasales.

L'étude des antécédents, le bilan des différents appareils, apportent les renseignements suivants, il s'agit d'un homme de 79 kg mesurant 1,70 m au teint peu coloré ayant connu, dans les années précédentes, une activité intense, avec travail nocturne, ou exposé aux intempéries, mais depuis quelques années, il mène une vie plus sédentaire et plus calme. Sa T.A. est actuellement à 11/7 en moyenne. Son régime alimentaire, qui comportait à l'époque de sa pleine acitivité, beaucoup de viande rouge, et du vin rouge comme boissons, s'est actuellement modifié, l'appétit est modéré, la quantité totale de boissons, faible. Il ne fume pas, ces notions invitent, en dépit de l'absence de trouble articulaire à demander A. Urique.

Laboratoire : Urée 0,49 Acide Urique 0,076

Résultats : bons, en fin de cure, le pharynx a perdu son aspect congestif, les douleurs ont disparu.

Observation n° 4 : M... Jean, employé de bureau, 48 ans.

Cet homme mène une vie sédentaire, sans notion de surcharge alimentaire, ni d'éthylisme, ne fumant pas. Médioligne, de musculature moyenne, il présente une légère tendance à l'embonpoint, mesure 1,68 m pèse 76 kg. Sa T.A. est de 14/9.

Il est venu à Luchon pour soigner une pharyngite chronique douloureuse, avec des "angines" saisonnières, qui ont résisté à différentes thérapeutiques.

A l'examen, c'est un pharynx congestif et catarrhal, avec des amygdales hypertrophiques, non cryptiques, un voile et une luette écarlates, des reflexes vifs, une paroi oro-pharyngée postérieure congestive, avec des lacis vasculaires apparents, quelques granulations, et des secrétions glaireuses que l'on retrouve dans le cavum.

Dans les fosses nasales, on trouve un aspect congestif des cornets inférieurs et moyens, mais pas de trace de muco-pus.

Les tympans et l'audition sont normaux, le larynx est normal.

Sur le plan articulaire, Mr C... ne présente que les "signes d'orientation", qui font penser à la diathèse uricémique. Chez ce malade, souffrant surtout d'une pharyngite tenace, on retient la notion d'une diathèse hyperuricémique familiale, puisque son père a fait des crises de goutte aiguë du gros orteil.

L'étude des antécédents, digestifs, urinaires, est négative par ailleurs.

Laboratoire : Urée 0,48 Chol. 2,39
Glyc. 0,96 A. Urique 0,075

Après traitement, bons résultats immédiats ; amélioration de l'aspect de la muqueuse, diminution du volume des amygdales.

Observation n° 5 : M. D... D., fraiseur-outilleur, 34 ans.

Cet homme grand, musclé, présente une pharyngite chronique douloureuse, avec débilité rhino-pharyngée et surinfections saisonnières fréquentes.

Après l"examen, pharynx rouge vif dans l'ensemble, amygdales volumineuses légèrement cryptiques sans rétention. Paroi postérieure granuleuse, hyperhémiée, avec secrétions glaireuses.

Fosses nasales : bonne perméabilité bilatérale. Tympan normal.

Devant l'intensité des phénomènes pharyngalgiques associés à l'aspect congestif du pharynx, on demande un examen de laboratoire qui montre : Urée 0,45 - Gly. 0,95 - Chol. 2,55 - Ac. Urique 0,093.

On confirme, chez cet hyperuricémique, la présence d'un point sternocostal gauche, et surtout des douleurs des mains, des pouces, des poignets.

Résultats : amélioration des signes fonctionnels, décongestion de la muqueuse, disparition des secrétions.

En fin de cure : Acide urique : 0,073.

Observation n° 6 : M. D... Georges, instituteur, 32 ans.

Il s'agit d'un sujet, grand 1 m 80 et fort 91 kg, bien musclé mais peu sportif, et ayant tendance à mener une vie sédentaire.

C'est un gros mangeur, et ses préférences vont aux viandes rouges, boeuf, cheval, dont il fait une consommation quotidienne. Par ailleurs, il ne boit pas, ne fume pas, ne se connait pas d'antécédents hyperuricémiques, personnels ou familiaux.

Il est venu à Luchon pour une pharyngalgie permanente avec sensation d'irritation et de picotements, sur laquelle se greffent des épisodes aigus, où il a tendance à s'enrouer, et où se produisent des mucocités abondantes, épaisses, difficiles à rejeter.

Il n'a pas eu d'angine dans l'enfance, et n'a pas subi d'amygdalectomie.

A l'examen, on est frappé par le caractère congestif de ce pharynx avec sa muqueuse de coloration vermillon, ses faux piliers postérieurs hypertrophiés, ses amygdales petites, le voile et la luette sont très rouges et on note une hypertrophie de l'amygdale linguale.

Les fosses nasales sont congestives sans secrétion. Le larynx est normal, l'audition et les tympans aussi. Au total, il s'agit de pharyngalgies, avec pharyngite congestive chronique.

L'examen de l'appareil articulaire, permet de mettre en évidence des polyalgies fugaces et asymétriques, sans aucune systématisation possible, mais en retenant les points laryngés et thoraciques et radio-carpien.

Du point de vue digestif, on note une colite spasmodique avec cortège fonctionnel important.

Appareil urinaire : R.A.S.

Laboratoire : Urée 0,48 Chol. 2,15
Glyc. 1,02 A. Urique 0,108

Résultats : très bons. Disparition des pharyngalgies. Décongestion de la muqueuse.

En fin de cure, l'acide urique sanguin est à 0,082 mg.

Observation n° 7 : M. G... Edmond, boucher, 48 ans.

Il vient pour une pharyngite chronique.

Antécédents, abcès du poumon il y a 11 ans.

Angines fréquentes, douloureuses, mais non frébriles. Actuellement ce sont des pharyngalgies permanentes, avec les épisodes aigus déjà signalés, sensation de gêne ou d'irritation qui détermine des raclements ou du hemmage, et provoque de petites expulsions glaireuses.

L'examen montre une pharyngite congestive, catarrhale et hypertrophique typique, avec rougeur vermillon diffuse à toutes les formations du pharynx et de l'hypopharynx, et sur la paroi postérieure, des sécrétions glaireuses adhérentes.

Les fosses nasales montrent un aspect congestif, sans mucopus. Appareil de l'audition : R.A.S.

Sur le plan articulaire, ce sont des douleurs inconstantes des poignets et des doigts, des chevilles et des orteils. Pas d'antécédents digestif ou urinaire.

C'est un homme assez pléthorique, rouge de teint, gros mangeur, buvant du vin rouge, mais uniquement aux repas. Il pèse 83 kg pour 1,70 m. Sa T.A. est de 17/10.

Laboratoire :	Urée	0,52	Chol.	2,95
	Glyc.	1,00	Ac. Urique	0,083

Résultats : satisfaisants, sur les plans fonctionnel et local.

Observation nº 8 : M. M... , professeur de physique, 50 ans.

Venu à Luchon pour des angines et des rhino-pharyngites à répétition, fatigue vocale, tendance à l'enrouement.

Sur un fond de pharyngalgie douloureuse, surviennent des épisodes aigus, mais dans l'ensemble, la symptomatologie fonctionnelle de gêne, d'irritation de la gorge, domine.

L'examen montre un pharynx congestif, très hyperhémié dans son ensemble avec cependant un début de tendance atrophique de la paroi postérieure encombrée de secrétions gommeuses, adhérentes.

On note une amygdale droite un peu augmentée, cryptique, sans rétention. La muqueuse des fosses nasales est rouge, mais la filière respiratoire est bonne depuis une résection sous muqueuse de la cloison.

Le larynx présente une margelle congestive, rouge, mais les bandes ventriculaires et les cordes vocales sont normales.

Sur le plan articulaire, on ne retrouve que peu de choses, sinon, en les recherchant, des points douloureux laryngés et sterno-claido mastoïdien sterno-costaux, au niveau des mains, des doigts des chevilles.

Cet homme mince, calme, au teint pâle, d'appétit, sobre, ne buvant pas représente l'antithèse du pléthorique. Il ne fume pas. Il mesure 1,70 m pèse 67 kg. Sa T.A. est à 13/7. Pas d'antécédent digestif ou urinaire notable, mais on peut retenir la notion d'une oligodipsie et d'une oligurie physiologique.

Laboratoire : Urée 0,48 Chol. 2,36
Glyc. 1,03 Acide urique 0,070

Résultats : bons dans l'ensemble.
Amygdales décongestionnées, pharynx moins rouge.

Observation n° 9 : M. K..., 37 ans.

Homme au teint vif, pesant 95 kg pour 1,78 m ; nerveux, actif, menant une vie agitée, venu à Luchon pour soigner une rhino-pharyngite chronique, évoluant depuis de nombreuses années, avec une nette tendance régressive depuis trois ans.

C'est en effet une pharyngite chronique douloureuse, avec des poussées d'acuité extrême, faisant penser à des angines aiguës apyrétiques.

L'examen montre l'aspect typique d'une pharyngite catarrhale à tendance hypertrophique, avec une muqueuse très inflammatoire et très rouge, mais peu de secrétions.

Les fosses nasales sont le siège d'une rhinite hypertrophique et congestive antérieure, également visible en rhinoscopie postérieure dans le cavum.

Sur le plan articulaire, ce sont surtout des arthralgies fugaces et mobiles, signes d'orientation. A noter un point thoracique intercostal G.

Le malade a fait trois cures à Luchon, et les dosages successifs de l'uricémie montrent une diminution régulière, qui correspond à une amélioration clinique : 1964 = 0,098
1965 = 0,086
1966 = 0,073

L'amélioration clinique est parallèle.

Les épisodes rhinopharyngés sont moins fréquents.

Observation n° 10 : M. M... J.P., 27 ans, maçon fumiste.

O.R.L.. Depuis quelques années, rhino-pharyngites douloureuses à répétition. Subit différents traitements, en particulier

des électro-coagulations des amygdales, mais sans souffrir d'angines aiguës fébriles vraies. Le malade présente en permanence un état hyper-algique du pharynx qui le gêne véritablement.

A l'examen, réflexes vifs, pharynx hyperhémié, très congestif rouge vif, aussi bien au niveau des amygdales et des piliers, que de la luette, du voile et de la paroi postérieure oro-pharyngée.

Le nez est aussi assez congestif, avec des cornets inférieurs assez turgescents et rouges sans secrétion muco-purulente notalbe. Le cavum est libre. Le larynx est légèrement congestionné, au niveau des cordes et des bandes mais on ne voit aucune modification morphologique ou dynamique, et la voix, bien que présentant une certaine fatigabilité, est de timbre normal.

Examen de l'appareil auditif : eczéma des conduits.

Appareil ostéo-articulaire : peu de choses.

Le malade signale quelques douleurs erratiques au niveau des poignets. On note une sensibilité des S.C.M., et de l'espace crico-thyroïdien.

Appareil digestif : troubles dyspeptiques en rapport avec des phénomènes de colite chronique. Aucun antécédent de parasitose intestinale.

Appareil urinaire : R.A.S.

Terrain : homme jeune, trapu, très actif, rouge de visage, ayant tendance à l'embonpoint, mais manifestement suralimenté et tirant gloire de l'abondance de sa chère et de la force de son appétit, il fume 20 cigarettes par jour.

Ses caractéristiques morphologiques en témoignent : 1m70, 88 kg, T.A. 16/9.

Alimentation comportant des viandes à tous les repas, des plats en sauce, des gibiers, et absorption d'une quantité importante de vin rouge. Il signale des antécédents familiaux goutteux.

Laboratoire :	Urée	0,45	Chol. 2,56
	Glyc.	1,04	Acide Urique 0,087

Résultats : très bon résultat clinique, portant surtout sur les pharyngalgies, l'atténuation des réflexes nauséeux, l'aspect moins rouge du pharynx.

Observation n° 11 : M. S... Pierre, 30 ans.

Depuis 6 ans laryngite chronique avec dysphonie progressivement importante accompagnée de pharyngite très congestive hyperalgique avec signes fonctionnels accentués.

Examen : réflexes très vifs, ensemble de l'oro-pharynx rouge vif, hyperhémié, luette congestive.

A la laryngoscopie indirecte, leucoplasie de la corde vocale droite et pachydermie inter-arythénoïdienne, rougeur diffuse de l'hypopharynx et de la margelle.

Fosses nasales, rhinite congestive à tendance croûteuse.

Audition et otoscopie normales.

A noter : douleurs laryngées à la pression et à la mobilisation du larynx, notamment dans l'espace crico-thyroïdien.

Appareil digestif : R.A.S.

Appareil Osteo-Articulaire : R.A.S.

Terrain : homme actif, sanguin, au teint rouge vif, ne fume pas depuis 3 ans, alimentation normale.

Laboratoire : ac. Urique : 0,084

Résultats : satisfaisants
Amélioration de la symptomatologie pharyngée.

Observation n° 12 : Mr G... Jean, 44 ans.

Adressé à Luchon pour une rhinopharyngite diffuse.

O.R.L. Il s'agit d'une forme hyperplasique et suintante de pharyngite chronique, particulièrement douloureuse et qui finit par inquiéter le malade par sa tenacité. Par ailleurs, débilité rhinopharyngée avec rhinite congestive mais rhumes et angines sont rares.

A l'examen, pharynx hyperhémié à tendance hypertrophique, avec quelques secrétions muqueuses filantes sur la paroi postérieure (blanc d'oeuf). L'attention sur l'hyperuricémie est attirée par les points douloureux laryngés, thoraciques et S.C.M.

Appareil Digestif et Urinaire : R.A.S.

Terrain : il s'agit d'un ingénieur de 44 ans nerveux, surmené, teint pâle, pesant 64 kg pour 1m68. Alimentation peu abondante et surtout riche en viandes.

Alcool et tabac : néant.

Laboratoire :	Urée	0,38	Chol.	2,30
	Glyc.	0,97	Ac. Urique	0,076

Fin de cure : augmentation sensible de la diurèse, disparition des douleurs, pharynx sans secrétion, état satisfaisant.

Observation n° 13 : Mr S... Paul, 49 ans, vendeur.

O.R.L.. Il s'agit d'une rhino-pharyngite congestive, douloureuse, ancienne, présentant, à l'examen un aspect écarlate, et une tendance hyperplasique. Par ailleurs, on note un catharre trachéo-bronchique chronique, et une fragilité rhino-pharyngée, avec fréquentes poussées hivernales.

A l'examen, c'est une pharyngite congestive typique, sans secrétions, avec égalemment une rhinite congestive, sans obstruction nasale. Le reste de l'examen O.R.L. est négatif.

Sur le plan articulaire, le malade accuse des douleurs anarchiques, type douleurs d'orientation, notamment aux extrémités, poignets, chevilles, des points thoraciques et laryngés, et des douleurs à la pression des S.C.M.

Sur le plan digestif, des troubles dyspeptiques, ballonnement, digestion laborieuse, constipation.

Sur le plan terrain, il s'agit d'un homme corpulent, congestif, au cou court, au teint coloré, actif, et très anxieux. Il est suralimenté, ne modère pas sa consommation de vin rouge et d'apéritifs, fume environ 15 cigarettes par jour, pèse 80 kg pour 1m68, enfin sa T.A. est autour de 19/10, et on note un clangor aortique à l'auscultation. Le pouls est entre 80 et 100 suivant les examens.

Laboratoire : Urée 0,32 Chol. 3,20
Glyc. 0,98 Ac. Urique 0,085

Résultats : fin de cure : amélioration des pharyngalgies
amélioration de la diurèse
T.A. 15/10
à perdu 3,500 kg en 3 semaines.

Observation n° 14 : Mr T... Georges, 61 ans.

Il a déjà fait plusieurs cures à Luchon pour de la pharyngite chronique et pour une hypoacousie de transmission. Les signes fonctionnels sont accentués, hommage, efforts d'expulsion, douleurs pharyngées, dysphonie, en étant l'expression habituelle, renforcée au cours de fréquentes rhino-pharyngites hivernales.

L'examen montre un pharynx assez congestif au niveau de l'isthme, il présente une nette tendance hypertrophique au niveau de la paroi postérieure avec une muqueuse épaisse parsemée de formation granuleuses rouge vif. On note la présence de secrétions gommeuses épaisses et stagnantes, que l'on retrouve dans le cavum.

Au niveau des fosses nasales, on retrouve des muqueuses sèches et crouteuses.

Le larynx est de morphologie et de mobilité normales.

L'otoscopie montre une sclérose tympanique bilatérale.

Sur le plan articulaire, on ne relève pas de grosse localisation, ce sont de petites algies laryngées (surtout à la mobilisation externe du larynx) carpiennes, sans régularité.

Cet homme actif, nerveux, maigre et longiligne, au teint plutôt pâle, petit fumeur, non buveur, d'appétit modéré, pèse 65 kg pour 1,70 m. Sa T.A. est à 14/8.

Laboratoire : Urée 0,46 Chol. 2,40
Glyc. 0,90 Ac. Urique 0,075

Résultats : amélioration de la symptomatologie douloureuse. Hivers meilleurs, avec des épisodes pharyngés moins fréquents.

Observation n° 15 : Mr W... Arnold, 58 ans, horloger-bijoutier.

Voici un homme assez corpulent, au cou court, à l'allure joviale, souriante, et active, qui vient à Luchon pour une rhino-pharyngite chronique douloureuse apparue depuis quelques années, connaissant des périodes d'aggravation hivernales.

C'est un pléthorique "modéré", il mange bien, mais boit peu, et fume environ 10 cigarettes par jour, mesure 1m63, pèse 83 kg, sa T.A. est à 19/10. Il se reconnait des antécédents familiaux de goutte.

Sur le plan O.R.L. il présente une pharyngite congestive et catharrale, provoquant des douleurs de gorge tenaces et gênantes.

Malgré des réflexes vifs, on observe un pharynx rouge dans son ensemble, avec tendance hypertrophique de la paroi postérieure, faux piliers, encadrant des amygdales petites et enchatonnées, sans rétention. On note la présence de secrétions glaireuses qui s'écoulent sur la paroi postérieure.

Les fosses nasales sont occupées par des cornets inf. congestifs, sans secrétions purulentes. Présence de glaires dans le cavum.

R.A.S. par ailleurs.

Peu de signes d'atteinte rhumatismale, sinon quelques douleurs dans les mains.

Le bilan des autres appareils, cardio-vasculaire (Pouls = 60) digestif et urinaire est négatif.

Laboratoire :	Urée 0,54	Chol. 2,35
	Glyc. 1,06	Ac. Urique 0,091

Résultats : satisfaisants, bonne diurèse. T.A. 16/10, poids 84 kg. Modération du réflexe nauséeux. Aspect moins congestif de la muqueuse.

GROUPE II

Observation n° 16 : Melle A... Georgette, 48 ans.

Cette femme présente à la fois des rhino-pharyngites chroniques et des rhumatismes vertébraux. L'ensemble de ces troubles s'est nettement accentué, ces trois dernières années, avec l'apparition de la ménopause.

Il s'agit d'une personne mince, pesant 63 kg pour 1m70, menant une vie calme exempte d'excès alimentaire ou de boissons, ne fumant pas et dont la T.A. est à 15/9.

Aucun antécédent digestif urinaire ou cardio-vasculaire notable, mis à part une hérédité goutteuse (chez son père), un faible apport aqueux quotidien, et une hyperthyroïdie et petit goître, traitée dans la jeunesse, faible diurèse.

Sur le plan O.R.L. c'est surtout une pharyngite chronique avec fragilité rhino-pharyngée, occasionnant de fréquentes affections hivernales. Les troubles fonctionnels sont accentués, sensation de cuisson, irritation de la gorge, douleur laryngée supérieure, notamment à la mobilisation du larynx.

A l'examen un pharynx congestif et catarrhal, avec une rougeur diffuse de toute la muqueuse, des loges amygdaliennes cicatricielles (amygdalectomie en 1947) et formations lymphoïdes de vicariance, hypertrophiques au niveau de la paroi postérieure, où on note la présence de secrétions glaireuses non adhérentes.

Au niveau des fosses nasales une muqueuse congestive, au niveau du larynx une tendance atrophique de la corde vocale gauche.

Sur le plan articulaire, Melle A... se plaint surtout d'une arthrose cervicale, avec céphalées occipitales, vertiges aux mouvements de rotation de la tête.

Laboratoire :	Urée	0,51	Chol.	2,83
	Glyc.	1,03	Ac. Urique	0,076

Résultats : état satisfaisant, en fin de cure, T.A. 13/7, 61 kg. Localement, pharynx moins congestif.

Observation n° 17 : Mr B... André, 60 ans.

Il s'agit d'un homme qui vient faire des cures à Luchon pour des rhino-pharyngites.

Homme d'affaires actif, nerveux, surmené, victime d'une alimentation très riche, et d'une consommation importante de vins et d'alcools, c'est un sujet robuste, à la musculature fortement dévoloppée, corpulent sans être obèse, au visage sanguin, au cou court, pesant 80 kg pour 1,70 m, et dont la T.A. est à 16/9. Il ne fume pas.

Sur le plan O.R.L., il souffre surtout de pharyngalgies tenaces, avec des poussées itératives de pharyngite aiguë hyperalgique et, dans l'intervalle une gêne et une sensation permanente d'irritation du pharynx.

A l'examen, rendu difficile par la promptitude des réflexes, on découvre une rougeur luisante diffuse de tout le pharynx, intéressant aussi bien les amygdales et les piliers, que le voile, la luette et la paroi postérieure, dont on remarque qu'elle est libre de secrétions.

Les fosses nasales, le cavum, l'hypo-pharynx et le larynx présentent une muqueuse qui participe à la congestion intense de la muqueuse pharyngée.

Enfin, sur le plan auriculaire, signalons un évidement pétromastoïdien droit et un tympan gauche scléreux, marqué de plaques calcaires.

Sur le plan articulaire, on peut noter un peu de cervicarthrose et quelques arthralgies, épicondylienne, carpienne, asymétriques et épisodiques.

Sur le plan digestif, on note un élément dyspeptique, fait de lourdeurs post-prandiales, et de tout ce cortège fonctionnel qui accompagne les dysfonctionnements hépato-biliaires ou coliques.

Laboratoire :	1964	1965	1966
Urée	0,43	0,47	0,45
Ac. Urique	0,083	0,081	0,090

Résultats : dans l'immédiat, les cures sont suivies d'une amélioration fonctionnelle, d'une modération des réflexes, d'une atténuation de la congestion. Mais le malade ne peut se résoudre à adopter une hygiène alimentaire plus conforme à ses besoins, aussi revient-il chaque année avec un taux d'acide urique élevé.

Observation n° 18 : Mr B... Jean, 41 ans, employé de bureau.

Homme assez sédentaire, corpulent, pesant 70 kg pour 1,65m, ni gourmand ni gourmet, peu enclin aux boissons alcooliques, et fumant peu (5 cigarettes par jour en moyenne). Il souffre d'une pharyngite chronique douloureuse, avec paresthésies pharyngées, et douleurs lancinantes. Amygdalectomisé dans l'enfance, il n'en fait pas moins de fréquentes infections saisonnières rhino-pharyngées.

A l'examen, réflexes vifs, pharynx rouge et congestif, avec quelques secrétions glaireuses sur la paroi postérieure. Fosses nasales avec des cornets congestifs, mais pas de muco-pus, et une filière respiratoire normale.

Du point de vue articulaire : (douleurs épicondyliennes laryngées sternocostales)
(petite cervicarthrose bénigne, mais génante).

Appareil digestif et urinaire : pas d'élément notable, mais antécédents familiaux de goutte.

Laboratoire :	Urée	0,28	Chol.	2,45
	Glyc.	1,02	Ac. Urique	0,086

Le traitement, vaporarium et cure de diurèse, apporte une amélioration très nette de l'élément douloureux, des douches pharyngées ont été pratiquées, diminution de l'hyperréflectivité pharyngée.

Observation n° 19 : Mr B... Jack, 35 ans, dessinateur industriel.

C'est un homme grand, corpulent, au teint coloré, assez pléthorique, pesant 86 kg pour 1m70, ne fumant pas, ne buvant pas. L'hygiène alimentaire semble bonne, sans surcharge protidique.

Il est venu se soigner à Luchon pour une pharyngite chronique apparue depuis 5 ou 6 ans avec des angines rares mais de fréquentes poussées de rhino-pharyngites saisonnières. Il a subi l'amygdalectomie dans l'enfance.

L'examen : réflexes très vifs, pharyngite rouge écarlate, paroi postérieure granuleuse avec hypertrophie de vicariance, des formations lymphoïdes oro-pharyngées. Présence de mucosités épaisses adhérentes, retrouvées dans le cavum en rhinoscopie postérieure.

- En rhinoscopie antérieure : rhinite hypertrophique et congestive.
- Enfin, douleurs à la mobilisation du larynx
- Appareil auditif : R.A.S.

Sur le plan articulaire, on note d'abord une cervicarthrose importante pour un homme de cet âge, avec céphalées occipitales, raideurs de la nuque, quelques douleurs laryngées, point laryngé supérieur crico-thyroïdien.

Pas d'antécédents digestif ou urinaire.
Pas d'antécédents familiaux.

Laboratoire :	Urée	0,38	Chol.	2,37
	Glyc.	0,98	Ac. Urique	0,085

Après traitement : résultat immédiat excellent. Les douches pharyngées presque impraticables au début, sont facilement acceptées en fin de cure. Atténuation des douleurs cervicales et pharyngées.

Observation n° 20 : Mme C... Jeanne, 66 ans, retraitée de l'administration.

Il s'agit d'une femme forte, à tendance pléthorique, au teint rouge, ayant mené une vie sédentaire. Douée d'un fort appétit, elle mange beaucoup de viande rouge, mais boit peu dans l'ensemble. Elle pèse 66 kg pour 1m58. Sa T.A. est à 14/8.

Elle est venu à Luchon pour soigner une pharyngite hyperalgique. Il s'agit en effet d'une pharyngite très douloureuse, rebelle à la thérapeutique, s'accompagnant de brûlures, de paresthésies et d'une fragilité rhinopharyngée qui l'expose à de fréquentes poussées de surinfection hivernales.

A l'examen, il s'agit d'un pharynx particulièrement congestif framboisé où domine la note hypertrophique de 2 énormes faux-piliers postérieurs entre lesquels s'écoulent des secrétions glaireuses. Les réflexes sont vifs.

Le reste de l'examen O.R.L. n'apporte que peu de renseignements complémentaires, à part une rhino-pharyngite congestive banale.

Le point de vue articulaire est dominé par une arthrose cervicale très importante, douloureuse, enraidissante, accompagnée de cellulite cervicale postérieure, de céphalées occipitales, de vertiges.

On note également des polyarthralgies des mains, des doigts, des tabatières anatomiques et du sternum (point sternocostal).

Laboratoire :				
	Urée	0,34	Chol.	2,59
	Glyc.	1,09	Ac. Urique	0,076

Résultats : satisfaisants, en dépit d'une forte réaction thermale en deuxième semaine. Amélioration de la symptomatologie pharyngée, et disparition des douleurs.

Observation n° 21 : M. C..., 47 ans, ingénieur.

Voici un homme longiligne, assez mince, au teint clair, menant une vie active, qui présente des angines et des rhinopharyngites à répétition, pour lesquelles il est venu se soigner à Luchon. Sobre sur le plan de l'alimentation, de la boisson et du tabac, il mesure 1,70m et pèse 62 kg. Sa T.A. est à 14/9.

Ses ennuis O.R.L. sont représentés par une pharyngite chronique, avec de fréquentes poussées hivernales, d'angines et d'enrouements. Ces crises sont douloureuses, et même, en temps ordinaire, il accuse en permanence une gêne pharyngée, et une douleur à la mobilisation du larynx, au niveau du Laryngé supérieur.

A l'examen, c'est un pharynx très congestif, hyperréflexique, présentant une rougeur vernissée diffuse ; sur la paroi postérieure, on note la présence de secrétions épaisses et adhérentes.

Les fosses nasales offrent à l'examen une déviation de cloison non obstructive, avec bonne filière respiratoire, et une morphologie congestive de la muqueuse.

Sur le plan articulaire, il se plaint de cervicarthrose apparue à peu près en même temps que ses ennuis rhino-pharyngés, et il a noté quelques douleurs fugaces et irrégulières au niveau des articulations distales des membres.

Sur le plan digestif, on relève la notion d'un ictère viral il y a 4 ans, et quelques troubles dyspeptiques, en période de pleine activité.

Le bilan des autres appareils est négatif.

Laboratoire :	Urée	0,38	Chol.	2,95
	Glyc.	0,99	Ac. Ur.	0,078

Résultats : bons, pharynx moins congestif en fin de cure. A la suite de la première cure = hiver meilleur, épisodes rhino-pharyngés moins fréquents.

Observation n° 22 : Mr C... Georges, 47 ans.

Il présente le tableau d'un pléthorique, court, épais, congestif, le faciès vultueux ; il ne nie pas être un gros mangeur, amateur de viandes rouges et de plats en sauces, ainsi que de bons vins et alcools. Il fume une vingtaine de cigarettes par jour.

Il mesure 1,61m, pèse 74 kg. Sa T.A. est à 17/10.

Ses ennuis sont surtout représentés par des "maux de gorge" fréquents, aggravés de poussées aiguës l'hiver, avec tendance à l'enrouement, mais sans fièvre.

Il offre à l'examen un pharynx très congestif, rouge vernissé, notamment au niveau de la paroi postérieure qui est recouverte de secrétions épaisses et adhérentes.

L'hypo-pharynx est également très rouge, et les cordes un peu hyperhémiées ; d'ailleurs, la mobilisation externe du larynx, et la pression du point laryngé supérieur sont douloureuses.

Les fosses nasales sont congestives, sans secrétions.

Sur le plan articulaire, il se plaint de douleurs multiples avec principalement des arthralgies cervicales, mais aussi épicondylalgies, douleurs sterno-costales, carpiennes, sans systématisation, et de caractère inconstant. La notion de cette pharyngalgie tenace, associée à ces polyalgies capricieuses fugaces nous incite à demander une exploration biologique.

Laboratoire :	Urée	0,42	Chol.	2,90
	Glyc.	1,03	Ac. Ur.	0,081

A la fin de la première cure : état satisfaisant, pharynx beaucoup moins congestif.

Observation n° 23 : Melle D..., 46 ans, kinésithérapeute.

Il s'agit d'une personne venue à Luchon pour soigner une pharyngite chronique douloureuse évoluant depuis 3 ans environ, coïncidant avec le début de sa ménopause.

Sur le plan O.R.L., il s'agit d'une pharyngite chronique avec angines aiguës hivernales survenant sur un fond de douleurs, paresthésies très gênantes.

A l'examen, le pharynx est rouge congestif dans son ensemble avec une hypertrophie lymphoïde de vicariance après amygdalectomie (16 ans) amygdale linguale grosse. Les granulations de la paroi postérieure sont recouvertes d'une secrétion filante adhésive.

Fosses nasales : R.A.S. - Hypopharynx congestif.

Audition : légère hypoacousie bilatérale de transmission.

Du point de vue ostéo-articulaire, prédomine un très important rhumatisme cervical arthrosique avec ankylose, craquements, vertiges, et nombreux points douloureux, accompagnés de cellulite cervicale postérieure.

On note accessoirement quelques arthralgies des membres (poignets, chevilles). L'examen somatique montre une femme de taille moyenne pesant 55 kg mangeant peu, buvant peu, sans antécédents digestif ou rénal notables chez qui la T.A. est à 13/8.

Laboratoire :	Urée	0,40	Chol.	2,35
	Glyc.	0,98	AC.Uri.	0,076

Résultats en fin de cure : excellents, tant sur le plan général que local, notamment articulaire. 3 semaines après la fin : acide urique = 0,047.

Observation n° 24 : Mr D..., 45 ans, ingénieur des mines.

Homme d'une grande activité, faisant par nécessité de nombreux repas d'affaires.

Venu à Luchon pour une rhino-pharyngite chronique ancienne avec angines aiguës douloureuses apyrétiques et troubles articulaires. Les signes fonctionnels sont très importants, douleurs, sensations de gêne, qui occasionnent du hemmage et de la toux.

L'examen montre un pharynx très congestif, à muqueuse épaisse rouge vif, hyperréflexique, ce qui rend l'examen difficile. Présence d'un catarrhe glaireux postérieur.

Fosses nasales : cornets rouges vifs, déviation de cloison, non obstructive. Cavum libre, hypopharynx congestif. Larynx normal.

Sur le plan articulaire, douleurs et gêne fonctionnelle cervicale, lombaire,et quelques polyarthralgies erratiques et mal systématisées des petites articulations des extrémités.

Appareil digestif : tableau de colite spasmodique avec signes fonctionnels importants, et douleur de la fosse illiaque droite.

Chez cet homme surmené, reconnaissant consommer d'importantes quantités de viande rouge, de gibier, de sauces, de vin de Bourgogne, et bien qu'on ne relève pas d'antécédents de crise de goutte aiguë, le laboratoire montre : Urée 0,42 Chol. 2,90
Glyc. 1,02 A. Ur. 0,082

Le traitement associe une surveillance alimentaire stricte, hypoazotée, cure de diurèse et vaporarium.

En cours de cure, la diurèse augmente de façon notable.

En fin de cure, l'état est très amélioré, les douleurs ont disparu, les réflexes sont moins prompts.

15 jours après la cure, l'acide urique sanguin est à 0,054.

Observation n° 25 : Mr K..., 51 ans.

Homme grand, mince, longiligne, sans aucun signe de pléthore, venu à Luchon pour des pharyngites douloureuses avec angines à répétition, et des ennuis pharyngés constants.

Sur le plan O.R.L. il se plaint surtout de pharyngalgies, ces maux de gorge, par leur permanence, finissant par être préoccupants pour cet homme bien équilibré par ailleurs.

A l'examen, c'est l'aspect d'une pharyngite très congestive avec tendance hypertrophique, réflexes vifs, secrétions glaireuses, amygdales petites, congestives, sans rétention caséeuse.

Les fosses nasales sont le siège d'une rhinite congestive, non muco-purulente, le malade a été opéré en 1936 de sinusite maxillaires gauche, et depuis est guéri de ce côté.

L'hypopharynx et le larynx sont un peu congestifs. L'appareil auditif est normal.

Sur le plan articulaire, on note une arthrose cervicale modérée, quelques douleurs laryngées, sterno-costales, mais surtout, en permanence, une douleur dans la main droite, dans les articulations intercarpiennes et radio carpiennes,pour lesquelles on peut invoquer un facteur de microtraumatismes (le passe temps favori de ce malade est de faire de la sculpture).

Sur le plan général, pas d'antécédents digestifs ou urinaires notables.

Sur le plan de l'hygiène de vie et alimentaire, c'est un homme actif, non surmené, petit mangeur, ne buvant pas d'alcool, fumant peu.

Laboratoire :	Urée	0,42	Chol.	2,82
	Glyc.	1,02	A. Ur.	0,089

Résultats : très bons, pharynx moins congestif, moins douloureux. Disparition des douleurs des mains.

Observation n° 26 : Mme B..., 57 ans.

Malade venue à Luchon pour des rhino-pharyngites chroniques accompagnées de toux rebelle.

Tous les examens de l'appareil pulmonaire pratiqués, cliniques, radiographiques, tomographiques, bacilloscopies, etc... ont été négatifs.

Par ailleurs cette malade présente des pharyngalgies fréquentes, avec débilité rhino-pharingée, et infections saisonnières fréquentes.

L'examen montre un pharynx rouge vif dans son ensemble, avec une muqueuse vernissée, parcourue par des trainées de secrétions épaisses, gommeuses, adhérentes, Les amygdales sont petites et rouges, sans rétention caséeuse ou purulente.

Les fosses nasales présentent une hypertrophie des cornets dont la muqueuse est rouge.

Le reste de l'examen O.R.L. est négatif.

Chez cette malade on note l'existence d'une arthrose cervicale importante, avec limitation douloureuse des mouvements de la tête. D'autres points douloureux sont recherchés et trouvés au niveau des espaces cricothyroïdiens.

Observation n° 27 : Mr F..., 43 ans.

C'est un homme grand, non corpulent (75 kg pour 1,70 m) non congestif, assez gros mangeur, non éthylique, adressé pour une pharyngite chronique, sujette à de nombreuses complications saisonnières, et indifférente à la thérapeutique.

Le malade accuse des "maux de gorge" toute l'année, des angines aiguës l'hiver, et en permanence une sensation d'irritation dans le fond du pharynx.

C'est en effet un pharynx congestif que découvre l'examen, et les réflexes vifs en rendent l'étude plus difficile. La muqueuse en est rouge vif, comme épaissie, les amygdales petites et légèrement cryptiques, la paroi postérieure hypertrophique, avec des faux piliers postérieurs.

Luette et voile sont écarlates.

Dans le cavum, on trouve des secrétions glaireuses, qui descendent vers la paroi postérieure pharyngée.

Dans les fosses nasales, les cornets sont congestifs.

Sur le plan articulaire, ce sont des douleurs cervicales, des engourdissements articulaires des doigts le matin, et des douleurs thoraciques sternocostales.

Pas d'antécédents digestif ou urinaire. Pas de diathèse goutteuse familiale connue.

Laboratoire :	1965		1966 (fin de cure)
Urée	0,46	Urée	0,37
Glyc.	1,04	Glyc.	0,98
Chol.	2,36	Chol.	2,30
A. Urique	0,086	AC.Urique	0,072

Résultats : satisfaisants après la première cure.
- hiver bien meilleur.
- signes fonctionnels atténués, réflexes diminués.
- uricémie en baisse.

Observation n° 28 : Mr G... Jean, 49 ans, administrateur.

Cet homme ni corpulent, ni pléthorique, qui a une hygiène alimentaire normale, ne boit ni ne fume, mène une vie sédentaire sans surmenage. Il vient à Luchon pour des rhino-pharyngites à répétition depuis 6 ou 7 ans, avec des angines aiguës pour lesquelles on a pratiqué une électroccoagulation des amygdales, sans amélioration, puis différents autres traitements également inefficaces.

Actuellement, il se plaint de douleurs pharyngées persistantes, de tendance à l'enrouement, de paresthésies, avec sensation de gêne, et hemmage.

L'examen montre un pharynx très rouge, avec des lacis vasculaires apparents, des amygdales, petites, scléro-atrophiques sans rétention.

Les foses nasales sont congestives, sans muco-pus. Du point de vue auditif, on relève une hypoacousie de transmission en rapport avec un passé otitique.

Sur le plan articulaire, ce sont des douleurs cervicales, avec enraidissement et craquements du rachis, et quelques points un peu particuliers laryngé supérieur, thoracique, sterno-costal, ainsi que des douleurs fugages des chevilles et des coudes.

Laboratoire : Urée 0,49 Chol. 2,53
Glyc. 1,02 A. Uriques 0,090

3 semaines après la cure ..... A. Urique : 0,073

Amélioration de la pharyngite.

Observation n° 29 : Mme CR..., 63 ans.

Femme suivie pour une rhino-pharyngite chronique, évoluant depuis 10 ou 11 ans et apparue après la ménopause.

C'est une affection avec des signes fonctionnels marqués ; sensation permanente d'irritation de la gorge, sensation de corps étranger, disparaissant après l'expulsion d'une formation gommeuse, épaisse.

L'oro-pharynx est très rouge vernissé dans son ensemble, les amygdales petites cryptiques, sans rétention, les piliers non hypertrophiés, la paroi postérieure mince luisante recouverte de secrétions gommeuses, qui masquent par endroits une tendance atrophique.

Les fosses nasales sont congestives, et présentent des muqueuses turbinales épaissies.

Au niveau du larynx, on note une rougeur diffuse des bandes ventriculaires mais les cordes vocales sont normales.

Sur le plan articulaire, le tableau est dominé par un rhumatisme cervical, douloureux ankylosant accompagné de cellulite cervicale postérieure. Par ailleurs, on note des douleurs des extrémités, poignets, chevilles, mains, orteils ainsi que des points sternocostaux et cricothyroïdien.

Mme CR... qui tenait un commerce de triperie, est une femme qui, par sa profession, a été amenée à manger beaucoup de viandes et abats, par ailleurs son appétit est modéré, elle ne boit pas d'alcool, boit peu aux repas et entre les repas, ne fume pas. Pesant 70 kg pour 1,60 m, sa T.A. est à 17/10.

Laboratoire :	Urée	0,51	Chol.	2,80
	Glyc.	1,01	Ac. Ur.	0,090

Résultats : Urée : 0,42
Acide urique 0,072 (après Vapo tous les jours)
Amélioration fonctionnelle très nette des pharyngalgies et de l'arthrose cervicale.

Observation n° 30 : Mr L..., 53 ans, employé de bureau.

C'est un homme longiligne, pâle, sédentaire, mangeant peu, ne buvant pas d'alcool, fumant modérément qui mesure 1m77, pèse 74 kg. Sa T.A. = 14/9.

- Rhino-pharyngite chronique, avec angines à répétition le conduisent à Luchon. Signes fonctionnels accentués, gêne, irritation, laryngite, tendance à l'enrouement, parfois même crises de coryza spasmodique. Pas de notion d'intolérance médicamenteuse ou professionnelle, pas d'antécédents goutteux familiaux ou personnels.

- Pharynx congestif rouge vif non hypertrophique, fosses nasales identiques avec quelques croûtes rares, mais une bonne filière respiratoire.

- Larynx de morphologie normale avec une légère hyperhémie des cordes vocales, douleur à la mobilisation du larynx et dans l'espace cricothyroïdien.

- Sur le plan articulaire :

Cervicalgies à type de cervicerthrose : douleurs, raideurs, craquements, parfois vertiges. Epicondylalgies, douleurs retrouvées dans les tabatières anatomiques, dans les espaces chondro-costaux.

Aucun antécédent digestif urinaire ou goutteux.

Laboratoire : 1965 - Acide Urique 0,078

- 1966 - Urée 0,45 Chol. 2,67
Glyc. 0,98 A. Ur. 0,075

Observation n° 31 : Mr H... Jean, chef cuisinier.

Se plaint de pharyngite chronique avec poussée itératives congestives, hyperalgiques à forme angineuse fréquentes, paresthésie pharyngée, marquée par une gêne tenace, tendance à l'enrouement et fatigabilité vocale.

A l'examen, pharyngite hypercongestive et hypertrophique typique, avec rougeur suintante de la muqueuse, et des amygdales grosses et cryptiques sans rétention.

Le larynx est congestif dans son ensemble, on note un point douloureux crico-thyroïdien.

Les fosses nasales sont également congestives et les cornets inférieurs sont gros.

L'examen de l'appareil auditif est négatif.

Sur le plan articulaire, on note tout d'abord une cervicarthrose, assez discrète.

On relève aussi des points douloureux évocateurs d'hyperuricémie : douleurs dans les mains et les tabatières anatomiques, gonalgie, épicondylalgies, inconstantes et sans symétrie.

Il s'agit d'un homme à tendance pléthorique, gros mangeur, amateur de viandes rouges notamment de cheval, buvant et fumant modérément, chez qui on ne trouve pas de facteur professionnel, ou d'intolérance médicamenteuse, pouvant expliquer sa pharyngite, mais qui signale par contre des antécédents familiaux de goutte, et des antécédents personnels d'hyperuricémie, traités voici quelques années par une spécialité à base de pipérazine.

Actuellement :

Laboratoire :	Urée	0,42	Chol.	2,66
	Glyc.	1,04	A. Ur.	0,081

Résultats - très satisfaisants, sur l'élément algique. Atténuation des phénomènes inflammatoires à l'examen.

Observation n° 32 : Mr L..., 53 ans.

Cette observation est intéressante par le fait qu'il nous met en présence d'un homme ayant fait une crise typique de goutte du gros orteil, au cours de l'hiver précédant sa première cure, crise traitée par de la colchique, et qui vient en cure pour une rhino-pharyngite chronique avec angines à répétition, toux d'irritation, gêne pharyngée persistante, ce cortège fonctionnel étant particulièrement tenace.

Le pharynx se présente sous une forme très congestive et hypertrophique, avec catarrhe postérieur, faux piliers, et hyperhémie diffuse de la muqueuse qui s'étend aux formations de l'hypopharynx et au larynx, exception faite des cordes vocales.

A ces signes il faut ajouter une rhinite hypertrophique et congestive, sans secrétions.

L'appareil auditif montre des tympans infiltrés de plaques calcaires sans hypoacousie notable.

Sur le plan articulaire, il faut noter tout d'abord la crise aiguë de gros orteil, qui a présenté tous les caractères de la crise de goutte.

Par ailleurs, on note une cervicarthrose douloureuse assez importante, des lombalgies, des douleurs des mains, avec engourdissement matinal, et des points douloureux thoraciques au niveau des articulations sterno-chondro costales.

Chez cet homme pléthorique, gros mangeur, nerveux, actif, buvant bien, ne fumant pas, pesant 78 kg pour 1m67 et dont la T.A. est à 14/9, on ne retrouve pas d'antécédent familial de goutte.

Laboratoire :	Urée	0,52	Chol.	2,76
	Glyc.	0,98	A. Ur.	0,090

Résultats : excellents sur l'élément algique, et sur la congestion pharyngée. On note une baisse sur l'hyperuricémie de l'an dernier (0,097).

Observation n° 33 : Mr M... Robert, 63 ans, agent technique dans l'industrie.

O.R.L. Venu à Luchon pour des pharyngites douloureuses à répétition, associées à une amygdalite cryptique sans manifestations aiguës hivernales fréquentes. Ces pharyngites s'accompagnent de paresthésie pharyngée avec névralgie du Nerf Laryngé supérieur droit, sans trouble de la voix.

A l'examen, il s'agit avant tout d'une pharyngite hyperhémique diffuse intéressant tous les éléments de l'oro-pharynx. On note, sur la paroi postérieure quelques granulations.

L'examen du larynx montre, en laryngoscopie indirecte, une morphologie et une mobilité normales.

Pas de troubles de l'audition mais tympans infiltrés de plaques calcaires.

Appareil ostéo-articulaire

L'interrogatoire permet de mettre en relief une cervicarthrose discrète, ainsi que quelques points douloureux qui apparaissent et réapparaissent assez souvent pour avoir retenu l'attention du malade, point acromial droit, points sterno-costaux, épicondylalgies, douleurs crico-thyroïdiennes et des masses musculaires du S.C.M.

Appareil digestif et urinaire :

Rien de notable dans les antécédents ni à l'examen.

Terrain :

Homme grand et maigre (1m72 et 66 kg) de teint pâle, se qualifiant lui-même de "nerveux", assez anxieux, et gêné par ses pharyngalgies. T.A. 16/10.

Laboratoire ;	Urée	0,45	Chol.	2,54
	Glyc.	1,02	Ac. Ur.	0,088

Résultats : excellents sur l'élément algique.

Observation n° 34 : Mme B... J., 53 ans.

Venue consulter à Luchon pour une pharyngite chronique et une arthrose cervicale accompagnée de signes fonctionnels importants.

O.R.L. Pharyngite chronique douloureuse, sans poussées saisonnières, marquée essentiellement par des douleurs de la gorge et une sensation presque permanente d'irritation.

L'examen montre un pharynx écarlate dans son ensemble, avec un aspect particulièrement congestif du voile, de la paroi postérieure, et des amygdales qui, par ailleurs ne sont ni grosses ni cryptiques et ne présentent aucun signe de rétention caséeuse. Au niveau des fosses nasales, on retrouve le même aspect congestif sans sécrétions muco-purulentes.

Le larynx est un peu douloureux à la mobilisation externe, et on note un point douloureux laryngé supérieur droit net. Aspect endoscopique normal. Cavum, reste de l'examen : négatif.

Tympans, aspect cicatriciel bilatéral, antécédent d'otites anciennes.

Articulations :

1° Cervicarthrose importante. Céphalées occipitales surtout en position couchée, douleurs, raideur, craquements au niveau du rachis cervical, vertiges rotatoires aux changements de position de la tête. Signe de Romberg positif, avec tendance à la chûte vers la gauche. Quelques sifflements et bourdonnements inconstants des 2 oreilles.

Ces signes font penser à une insuffisance vertébro-basilaire.

De plus, cellulite cervicale postérieure, avec ampâtement de la nuque, infiltration oedémateuse du tissu cellulaire, et présence de nodosités douloureuses à la palpation.

Par ailleurs, quelques lombalgies, un point douloureux au niveau de l'omoplate gauche.

Appareil digestif : R.A.S.

Appareil urinaire : tendance très nette à la rétention hydrique. Infiltration cellulitique de la paroi abdominale, des cuisses et des jambes qui sont souvent lourdes et douloureuses.

La diurèse est très nettement insuffisante, différents diurétiques ont été souvent prescrits.

Terrain : femme assez indolente au teint pâle, avec une nette tendance à l'obésité, pesant 83 kg 500 pour 1m60 avec une T.A. à 15/9. Mène une vie calme, fait preuve d'un appétit très modéré, et surtout, boit peu, en raison de sa hantise de rétention hydrique.

Laboratoire :				
	Urée	0,31	Chol.	2,25
	Glyc.	0,92	A. Ur.	0,075

Résultats : Cliniquement - très bons - disparition des douleurs et de la sensation d'irritation.

Biologiquement - inchangés.

Observation n° 35 : M. R..., 43 ans.

Venu à Luchon pour pharyngite chronique douloureuse, et cervicartrose accompagnée de S.F. importants.

O.R.L. C'est une pharyngite douloureuse tenace sans renforcement saisonnier, sans angines aiguës, sans autres signes O.R.L.

L'examen montre un pharynx rouge vif dans son ensemble, mais on note le caractère écarlate et vernissé de la paroi postérieure oro-pharyngée, encadrée par deux faux piliers postérieurs volumineux.

Dans les fosses nasales, une rhinite congestive hypertrophique, sans secrétion muco-purulente.

Audition et atoscopie : R.A.S.

Appareil articulaire : cervicarthrose douloureuse, mais surtout important vertige de position lors de l'hyper extension de la tête en arrière (position de Proetz).

A la palpation : infiltration cellulitique de la nuque.

Antécédents digestifs ou urinaires : néant

Terrain : il s'agit d'un homme corpulent et pléthorique. Pour 1m78, il pèse 108 kg. Sa T.A. est à 18/10 en moyenne, c'est un gros mangeur au teint rouge, aux yeux injectés, il boit du vin rouge en assez grande quantité, mais il ne fume pas. Son uricémie est à 0,091.

Résultats : immédiats satisfaisants notamment sur l'élément algique et congestif.

Observation n° 36 : Madame R... Francine, 48 ans, institutrice.

Venue pour l'association d'une pharyngite chronique et de douleurs articulaires.

O.R.L. Susceptibilité rhino-pharyngée extrême, avec pharyngite congestive très douloureuse, rebelle aux thérapeutiques habituelles. Le pharynx est rouge vif dans son ensemble et on note une tendance hypertrophique de la paroi postérieure avec présence de faux piliers.

Fosses nasales : hypertrophie congestive des cornets inférieurs sans rhinorée.

Le reste de l'examen O.R.L. est négatif.

Appareil articulaire :

La malade se plaint de rachialgies cervicales apparues avec la ménopause, les douleurs s'accompagnent d'enraidissement et ont motivé des radiographies ne montrant pas d'altération morphologique importante du rachis.

A l'examen : quelques points douloureux vertébraux au niveau du cou et on note une infiltration cellulitique importante de la nuque avec présence de nodosités douloureuses. Articulations des mains douloureuses. Le reste de l'examen général n'apporte aucun élément important. Pas d'antécédents digestifs ou urinaires ni goutteux.

Terrain :

Il s'agit d'une femme petite, active, tendant à l'obésité, douée d'un appétit considérable et se classant elle-même dans la catégorie des grosses mangeuses. Aimant particulièrement les viandes rouges, les plats en sauce, les gibiers. Elle ne fume pas. Elle pèse 74 kg et mesure 1m60. Tension artérielle à 14/9.

Résultats : bons (avec vaporarium - boue - boisson).

amélioration de la pharyngite et de la cervicarthrose.

Disparition des phénomènes douloureux.

Observation n° 37 : Mr R... Gabriel, 55 ans.

Venu à Luchon pour rhino-pharyngites chroniques et persistantes et s'éternisant à la moindre infection hivernale.

Il s'agit d'une pharyngite chronique congestive algique en permanence.

A l'examen, l'isthme pharyngé est écarlate vernissé et on note sur la paroi postérieure la présence de quelques secrétions épaisses et gommeuses. La muqueuse nasale est congestive mais laisse une bonne perméabilité nasale.

Appareil auditif : eczéma des C.A.E.
Surdité légère. Type O.M., bilatérale.

Sur le plan articulaire : un peu d'arthrose cervicale ancienne avec une petite ankylose matinale et des signes "d'orientation".

- douleur crico-thyroïdienne
- douleur thoracique
- polyarthralgies fugaces

Appareil digestif et appareil urinaire : R.A.S.

Terrain : il s'agit d'un homme ne présentant aucun signe de surcharge alimentaire. Teint pâle, appétit modéré, pas d'alcool, tabagisme : environ 10 cigarettes par jour.

Laboratoire : acide urique = 0,082 mg

Résultats : excellents dès la fin de la première cure. Disparition des phénomènes algiques.

Observation n° 38 : Mr S... René, 59 ans, tailleur en confection.

Venu à Luchon pour des "maux de gorge" apparus depuis 6 ans environ. Il a subi une amygdalectomie dans l'enfance. Depuis quelques années, il présente des angines aiguës fébriles d'une part, et des maux de gorge sans fièvre d'autre part, ces derniers étant particulièrement tenaces et rebelles aux différentes thérapeutiques locales.

A l'examen il s'agit d'une rhino-pharyngite congestive, avec hyperesthésie du voile et hyper réflectivité, l'ensemble de la muqueuse est très rouge, mais on ne note pas de secrétions.

Les fosses nasales sont congestives; une déviation de cloison laisse cependant une filière respiratoire nasale suffisante pour que le malade ne se plaigne pas d'obstruction chronique. Larynx et cavum sont normaux, les tympans, un peu scléreux, présentent quelques taches calcaires.

Appareil articulaire

Chez ce malade, on retrouve des rachialgies, avec prédominance d'arthrose cervicale, avec leur cortège habituel de douleurs et enraidissement. Quelques points douloureux sont recherchés et notés : tabatières anatomiques, point sterno-costal, et surtout un point douloureux persistant au niveau du nerf laryngé supérieur droit, la mobilisation du larynx est douloureuse.

Mr S... présente des antécédents familiaux de goutte : crise de goutte aiguë chez son père, hyperuricémie à 0,085 chez son frère.

Il s'agit d'un homme grand, maigre, au teint pâle, aux traits tirés, mesurant Im73, ne pesant que 63 kg, au régime alimentaire sobre, ne buvant pas, ne fumant pas, doté d'un tempérament anxieux. Sa T.A. est à 13/7.

Pas d'antécédents digestifs ou urinaires. Cependant, au cours de la cure de diurèse, il note une augmentation très nette du volume des urines et du nombre des mictions.

Laboratoire :	Urée	0,46	Chol.	2,30
	Glyc.	1,08	A. Ur.	0,075

Résultats : amélioration notable de l'élément douloureux et paresthésique du catarrhe pharyngé. Signes douloureux articulaires en régression.

Observation n° 39 : Mme M... Juliette, 55 ans.

Se plaint de "troubles rhino-pharyngés" douloureux et gênants, apparus depuis sa ménopause. Ces "pharyngalgies" sans caractère saisonnier, n'accompagnent pas de crises d'angines aiguës fébriles, mais coïncident souvent par contre avec une dysphonie intermittente, et une grande fatigabilité vocale.

A l'examen, un aspect congestif, diffus de la muqueuse oro-pharyngée qui a pris une coloration rouge vif.

Les fosses nasales sont aussi peu congestives, avec un aspect de rhinite hypertrophique. Cavum et larynx sont normaux, ainsi que les tympans.

Appareil ostéo-articulaire

Quelques douleurs et raideurs de la colonne cervicale, signant une cervicarthrose peu évolutive, accompagnent des signes de cellulite cervicale postérieure, avec notamment quelques points douloureux nodulaires au niveau de la nuque. Des céphalées occipitales sont signalées, ainsi que des lombalgies, quelques douleurs épicondyliennes, et surtout des points particuliers, mains, thorax, larynx.

Appareil digestif : colite spasmodique avec constipation opiniâtre.

Pas de troubles urinaires, mais oligodipsie et oligurie habituelles.

Terrain : femme longiligne, assez maigre, 1m70, 60 kg, peu active, certainement douée d'un appétit modeste, et qui reconnait boire peu en quantité et seulement au cours des repas. Tabagisme et éthyl exclus.

Laboratoire :	Urée	0,42	Chol.	2,34
	Glyc.	1,18	A. Ur.	0,077

Résultats : bons, la sensation d'irritation du pharynx à disparu. Le diurèse a augmenté de façon notable. En fin de cure, Acide Urique = 0,050.

Observation n° 40 : Mr F... Pierre, 57 ans, employé dans une agence de presse.

C'est un malade soumis à une vie très active, un peu surmené, bon mangeur, et de son propre aveu, amateur de vodka. Il n'est pas pléthorique, pèse 72 kg, pour 1m70 ; son teint est pâle. Sa T.A. est autour de 13/7.

Il a présenté dans ses antécédents une sinusite maxillaire droite actuellement opérée et guérie, mais continue à se plaindre de pharyngalgies rebelles, de rhino-pharyngites récidivantes, et d'une perpétuelle irritation de la gorge, avec hemmage et toux.

L'examen montre un pharynx congestif, aux réflexes prompts, à la muqueuse épaissie, parsemée de formations granuleuses, et surtout de glaires épaisses.

L'examen soigneux des fosses nasales permet de constater l'intégrité des méats moyens, l'absence de muco-pus, la bonne perméabilité nasale, et un certain degré de congestion de la muqueuse, au niveau des cornets inférieurs, Le reste de l'examen O.R.L. est négatif.

Sur le plan articulaire, il y a avant tout une arthrose cervicale d'intensité moyenne connue et confirmée radiologiquement, et aussi des polyalgies musculaires ou articulaires, sans régularité, de caractère inconstant.

Sur le plan hépato-digestif, le malade signale une légère insuffisance hépatique chronique traitée par ailleurs et qui s'accompagne de troubles intestinaux à type de colite, avec un cortège neuro-végétatif important.

Laboratoire : Urée 0,53 Chol. 3,25
Glyc. 1,03 A.Ur. 0,091

Résultats : satisfaisants sur le plan clinique confirmés par une amélioration biologique. Acide urique en fin de cure = 0,070.

Observation n° 41 : Mme G..., 60 ans.

Cette femme présentant des pharyngites à répétition, avec toux d'irritation fréquente, et douleurs constantes de la gorge, à type d'irritation, a vue apparaître ces troubles après la ménopause.

L'examen montre un pharynx très congestif, rouge vif. Amygdales, piliers, paroi postérieure sont à tendance hypertrophique. Quelques secrétions glaireuses les recouvrent.

Les fosses nasales présentent la même tendance congestive et hypertrophique. L'examen de l'appareil auditif est négatif.

Sur le plan articulaire, on retrouve une arthrose cervicale de moyenne importance, des douleurs du membre supérieur (douleurs du poignet). Enfin, les articulations des mains sont douloureuses et ont tendance à l'engourdissement. Point laryngé supérieur douloureux.

On ne note pas d'antécédents digestifs, mais c'est une malade qui boit peu et qui a un faible débit urinaire. Pas de diathèse uricémique familiale. Par ailleurs, pâle, peu active, sédentaire, à tendance dépressive, c'est une femme longiligne, pesant 62 kg pour 1m70 avec une T.A. à 12/8.

Laboratoire :	Urée	0,50	Chol.	2,08
	Glyc.	0,88	A. Ur.	0,078

Résultats : satisfaisants, marqués par une décongestion de la muqueuse, et une disparition des douleurs.

GROUPE III

Observation n° 42 : M. M... Louis, 44 ans, professeur de lycée.

Antécédents O.R.L. : à l'âge de 35 ans, a présenté une laryngite chronique, avec polype de la corde vocale droite, enlevé en laryngoscopie indirecte, avec comme traitement de complément, une cure à Luchon, au cours de laquelle on avait déjà noté une goutte, traitée par vaporarium et cure d'eau de Ravi (Dr ANGLARD).

Dans les antécédents on note encore deux crises aiguës de goutte du gros orteil dans l'hiver 1963, traitées médicalement. Présente actuellement une pharyngite très gênante, douloureuse, une certaine fatigabilité vocale, une fragilité du rhino-pharynx aux moindres variations.

A l'examen : pharynx très congestif, rouge vif dans son ensemble, amygdales petites et sans rétention. Cordes vocales et bandes d'aspect normal.

Fosses nasales : nez assez congestif, avec hypertrophie de la muqueuse des cornets inférieurs.

Sur le plan articulaire : cervicarthrose et lombarthrose modérées. Signes d'orientation. Douleurs poignets, chevilles.

Le reste de l'examen est négatif, tant sur le plan O.R.L. que sur le plan général.

Il s'agit d'un homme de 1m73 pesant 83 kg, avec une T.A. de 14/9.

Mangeur modéré, peu porté aux excès alimentaires et aux boissons, il ne fume pas et mène une vie régulière, sans notion de surmenage.

Laboratoire : Urée 0,38 Chol. 3,35
Glyc. 1,09 Acide Urique 0,096

Après deux ans de cure, avec Vapo, cures de diurèse pendant la cure, et boisson d'eau de Contrexeville dans l'inter-cure, excellents résultats.

Résultats : très satisfaisants, l'association des cures, et de traitements diurétiques dans l'intervalle amène une sédation des phénomènes douloureux, une disparition de la fragilité rhino pharyngée. L'acide urique tombe à 0,055 (fin de cure 1966).

Observation n° 43 : Madame C... Renée, 57 ans.

Venue à Luchon pour des douleurs articulaires de type arthrosique apparues depuis la ménopause, et pour une pharyngite douloureuse rebelle.

Sur le plan O.R.L. : il s'agit de pharyngalgies sans rytlme saisonnier, sans épisodes d'angines aiguës fébriles, se traduisant surtout par une sensation presque permanente d'irritation de la gorge.

L'examen, montre un pharynx très congestif avec une hypertrophie des piliers amygdaliens enfouissant des amygdales petites et non cryptiques. L'ensemble de la muqueuse, le voile et la luette sont écarlates. Les réflexes sont très vifs et rendent l'examen difficile.

Les fosses nasales sont occupées par des cornets inférieurs un peu hypertrophiques, mais on ne note aucun signe de rhinite muco-purulente. D'ailleurs, le cavum, difficile à voir, est libre.

Reste de l'examen O.R.L. : présence de tophi au niveau des pavillons auriculaires.

Appareil articulaire : les localisations douloureuses sont signalées : au niveau de la colonne cervicale, avec quelques signes

de cellulite cervicale postérieure et infiltration du tissu cellulaire de la nuque ; au niveau du sternum, avec un point douloureux sterno-costal gauche très net ; au niveau des tabatières anatomiques ; au niveau des hanches et des genoux (épisodique).

Enfin on note un point laryngé supérieur gauche, tout particulièrement douloureux, et une sensibilité à la pression des masses sterno-cleidomastoïdiennes.

Appareil digestif : R.A.S. - Pas d'antécédents rénaux ou urinaires.

Terrain : à noter tout d'abord une hérédité goutteuse (sa mère a eu des crises de goutte et des tophi).

Il s'agit d'une femme présentant une tendance nette à l'obésité (83 kg pour 1m65) et à la rétention aqueuse, comme en témoigne l'infiltration cellulitique de la nuque, de la paroi abdominale et des cuisses. T.A = 16/10. L'appétit est modéré, le régime sobre, sans absorption de viandes rouges ni de gibiers, les ingestions d'eau limitées, le diurèse faible, selon les dires de la malade, alcool et tabac : néant.

Laboratoire :	1964	1965	1966
Urée	0,46	0,54	0,58
Glyc.	0,97	1,06	1,08
Chol.	2,60	2,60	2,64
A. Urique	0,104	0,092	0,085

Résultats : amélioration clinique très nette, disparition de l'hyper réflexie des douleurs, et des signes congestifs en fin de cure.

Amélioration biologique très nette (passe de 0,104 en 1964 à 0,085 en 1966).

Observation n° 44 : Mme L..., 67 ans. Andrée.

Voici une observation qui tend à démontrer l'action du radio-vaporarium sur l'uricémie, il s'agit d'une femme venue se soigner à Luchon depuis 4 ans, pour des phénomènes de rhino-pha-

ryngite chronique associés à des troubles articulaires, troubles dont la nature goutteuse ne peut-être mise en doute du fait de la présence de TOPHI au niveau des doigts et des orteils, et d'une hyperuricémie toujours au dessus de 0,083, chez qui les résultats cliniques et biologiques sont toujours restés médiocres en raison, semble-t-il de la nécessité de supprimer la radio-vaporarium, mal supporté par cette malade active, mais par ailleurs nerveuse, et sujette à des troubles neuro-végétatifs importants.

Madame L... se plaint de maux de gorge fréquents, avec des "angines" douloureuses sans fièvre, une sensation permanente d'irritation de la gorge, qui, sur ce terrain, prend vite les allures de paresthésie.

L'examen montre une pharyngite chronique, congestive et hypertrophique avec des amygdales petites rouges, enchassées dans des piliers épais et hyperhémiés. La paroi postérieure, tapissée de petites granulations est recouverte d'épaisses secrétions glaireuses.

Dans les fosses nasales on note des cornets rouges et congestifs, mais aucun signe d'écoulement muco-purulent rétro-nasal, tant en rhinoscopie antérieure qu'en rhinoscopie postérieure.

Du point de vue laryngé on remarque une tendance à l'enrouement, une douleur exquise au niveau de l'espace crico-thyroïdien gauche, mais pas de signe pathologique à la laryngoscopie.

Du point de vue auditif, on note un eczéma des conduits, un tympan un peu rétracté à gauchen et une chute sur la fréquence 4000, de 20 db (O.D.) de 40 db (O.G.), de type mixte.

Sur le plan articulaire c'est tout d'abord une importante arthrose cervicale douloureuse, avec des céphalées occipitales, des sifflements d'oreille, des vertiges aux changements de position de la tête, un signe de Romberg positif, pas de troubles de l'indication.

Présence de points cellulitiques au niveau de la nuque.

Radiographie (1964) arthrose diffuse de la colonne vertébrale, avec tendance à la décalcification du squelette, déformations des corps vertébraux, et déviation de la base de la colonne vertébrale.

En dehors de cette arthrose, on souligne la présence de tophi, aux doigts (articulation interphalangienne du médius de la main droite) et aux orteils, douleurs dans les tabatières anatomiques, les coudes, les genoux...

Sur le plan urinaire : oligodipsie, et oligurie.

Sur le plan diurétique, il s'agit d'une femme qui mange de bon appétit, mais ne présente aucune tendance à l'embonpoint. Elle ne boit pas d'alcool, ne fume pas. Pas d'antécédents digestifs ou urinaires notables. Elle pèse 65 kg et mesure 1m64.

Laboratoire :	1963	1964	1965	1966
Urée	0,42	?	0,46	0,37
Glyc.	N.	N.	N.	N.
Chol.	2,20	2,35	2,37	2,30
Acide Urique	0,092	0,085	0,096	0,083

Le traitement comportait : bains et douches.

Les résultats cliniques sont moyens, amélioration des douleurs en fin de cure.

Les résultats biologiques inchangés ; on explique ce semi-échec par l'inaptitude de la malade à se conformer à un régime diététique dans l'inter-cure, et son intolérance au vaporarium.

Observation n° 45 : Mr H... Daniel, 54 ans.

Malade tendant à l'obésité, avec 70 kg pour 1m58 ayant des antécédents goutteux manifestés par la présence de tophi au niveau des articulations digitales, qui vient à Luchon pour des polyalgies et des pharyngites tenaces.

Sur le plan O.R.L., il s'agit d'une pharyngite chronique congestive et hypertrophique, souvent douloureuse, avec rougeur diffuse de la muqueuse à l'examen, et exubérance des piliers. Sur la paroi postérieure, on note des secrétions épaisses adhérentes, difficiles à expulser.

Les fosses nasales participent à la congestion des muqueuses, et montrent une hypertrophie des cornets.

Sur le plan articulaire :

- Une cervicarthrose importante confirmée par la radio.

- Des douleurs dans les mains, avec présence de tophi au niveau des articulations inter-phalangiennes de l'annulaire de la main droite.

- D'autres arthralgies asymétriques : coudes, chevilles, poignets assez rebelles qui handicapent ce malade, travailleur manuel.

On note enfin, une constipation chronique, une oligodipsie, et une oligurie habituelles.

Homme qui mange beaucoup, boit peu et peu d'alcool, ne fume pas.

Les résultats sont bons : cliniquement et biologiquement.

Voici les dosages en début et en fin de cure.

	Début de cure	Fin de cure
Urée	0,42	0,38
Glyc.	1,02	0,98
Chol.	2,35	2,35
A. Urique	0,090	0,073

Observation n° 46 : M... Gaston, 43 ans, inspecteur de Navigation Maritime.

Présente une goutte confirmée par des tophi et une crise aiguë du gros orteil, d'une part, et des rhino-pharyngites à répétition d'autre part, évoluant depuis quelques années, sans crises d'angine aiguës hivernales.

Antécédents de toux quinteuse, il y a 6 ans, mais toutes les explorations se sont révélées négatives.

A l'examen : pharyngite congestive diffuse, rouge vif.

- Réflexes vifs, langue épaisse, indocile, saburrale.

- Nez : cornets inférieurs à tendance hyperplasique, obstruction nasale le matin.

- Point laryngé supérieur très net.

- Présence de tophus au niveau du pavillon de l'oreille droite.

Appareil ostéo-articulaire :

Localisations douloureuses multiples et changeantes :

1965/Sciatalgies droites très tenaces. Crise aiguë du gros orteil.

1966/Périarthrite de l'épaule, points douloureux sterno-costaux, coudes (épicondylalgies) chevilles. Egalement quelques signes d'arthrose cervicale.

Appareil digestif : troubles digestifs à type de colite, avec fermentations intestinales, constipation, avec parfois épisodes diarrhéiques.

Appareil Urinaire : mauvaise diurèse. A suivi une cure de diurèse à Contréxeville.

Terrain : homme trapu au teint coloré, tendant à l'obésité, mais actif, dynamique, doué d'un bon appétit, et amateur de viandes rouges, de gibiers, et de boissons. Pour 1m67, il pèse 85kg. Sa T.A. est de 16/9.

Laboratoire :	Urée	0,54	Chol.	2,62
	Clyc.	0,98	Ac. Urique	0,086

Résultats : bons sur le plan clinique (atténuation des S.F.) Amélioration biologique (acide urique = 0,092 en 1965).

Observation n° 47 : Mme L..., 57 ans, sans profession.

est une petite femme active, nerveuse, au teint clair, souffrant depuis une bonne dizaine d'années de pharyngite chronique et de douleurs vertébrales. Appétit modéré ; boit peu au repas, ne fume pas.

Dans le domaine O.R.L. les S.F. sont très accusés, les épisodes douloureux fréquents, et des sensations paresthésiques provoquent du hemmage.

A l'examen, les réflexes sont vifs, il s'agit d'un rhino-pharynx très congestif, avec une luette, un voile et des piliers écarlates, une paroi postérieure granuleuse, et des glaires épaisses qui ont tendance à stagner.

Fosses nasales : aspect congestif, bonne filière.

Oreilles : eczéma des C.A.E.

Articulation : arthrose de la colonne vertébrale avec cellulite cervicale postérieure. Accessoirement, dorsalgies et lombalgies. Autres points douloureux : laryngé, épicondylien et thoracique.

Antécédent urinaire : une crise de colique néphrétique ayant été suivie d'U.I.V.. C'est une femme de 50 kg pour 1m52, dont la T.A. est à 14/9, et qui présente les chiffres suivants :

Laboratoire :	Urée	0,48	Chol.	2,57
	Glyc.	0,98	Acide Urique	0,076

Résultats : bons, augmentation de la diurèse, disparition des signes douloureux pharyngés en fin de cure. Amélioration des arthralgies.

Observation n° 48 : Mr L... Henri, 54 ans.

Homme assez corpulent, au teint vif, ne buvant pas d'alcool, mangeant peu, ne fumant pas, venu à Luchon pour une pharyngite chronique. C'est une forme démonstrative de pharyngite goutteuse.

Celle-ci se manifeste par une gêne permanente au niveau de la gorge avec sensation de cuisson, sans que l'on puisse parler ni de tenesme ni de dysphagie. Des phénomènes aigus saisonniers, rhino-pharyngés attestent la fragilité de la muqueuse, mais les angines aiguës fébriles restent rares.

L'examen (réflexes vifs) montre un pharynx très congestif, avec une coloration écarlate de l'isthme du pharynx, des piliers hypertrophiques des amygdales grosses et rouges, sans cryptes, une paroi postérieure catarrhale recouverte de secrétions glaireuses.

Les muqueuses nasales, hypopharyngées, sont également intéressées par le processus congestif.

L'examen de l'appareil auditif est négatif, sauf petits tophi des deux lobes auriculaires.

Sur le plan articulaire, Mr L... se plaint de douleurs cervicales postérieures, du cou et de la nuque, céphalées occipitales, parfois sensation de craquement, d'enraidissement du cou, et des vertiges aux changements de position de tête.

Le reste de l'enquête rhumatismale permet de noter : des douleurs dans les doigts, notamment dans les articulations interphalangiennes, douleurs mobiles et irrégulières. Des arthralgies des poignets, des chevilles (craquements) des points douloureux sterno-costaux.

Deux notions intéressantes sont à retenir :

1°) Le malade a fait à plusieurs reprises dans les années précédentes, des crises de coliques néphrétiques droites, pour lesquelles on avait prescrit des cures de diurèse.

2°) On relève des antécédents de crise aiguë du gros orteil chez sa mère.

Laboratoire : Urée 0,48 Glyc. 1,02
chol. 2,38 Acide Urique 0,101

Résultats : revu un an après la cure, l'hiver a été excellent, avec amélioration fonctionnelle des signes pharyngés, persistance des douleurs mobiles. Laboratoire : Urée 0,38, Glyc. 1,06, Chol. 2,42, Acide Urique 0,070.

Observation n° 49 : Mr B... Paul, 51 ans.

Cet homme est venu se soigner à Luchon pour des rhino-pharyngites rebelles, une hypoacousie de transmission bilatérale déjà ancienne, et des douleurs articulaires multiples.

Grand et fort, il mesure plus d'1m75 et pèse 83 kg. C'est un sujet actif nerveux, mais non pléthorique ; pas de surcharge alimentaire ou alcoolique ; il ne fume pas ; sa T.A. est à 16/10.

Il ne se connait pas d'antécédents familiaux goutteux, et sur le plan personnel, on relève surtout quelques troubles digestifs à type de colite droite, avec syndrome douloureux de la F.I.D.

Sur le plan O.R.L., il se plaint d'une gêne pharyngée permanente, douloureuse, avec présence de secrétions collantes, sur lesquelles se greffent des épisodes aigus saisonniers, particulièrement tenaces.

A l'examen c'est une pharyngite chronique congestive, avec tendance hyperplasique des piliers postérieurs. La paroi postérieure du pharynx est recouverte de secrétions épaisses gommeuses, adhérant à une muqueuse rouge vif. La muqueuse nasale présente le même aspect congestif, sans secrétion muco-purulente.

Oreilles : catarrhe tubaire ancien bilatéral.

Sur le plan articulaire, on note tout d'abord une cervicarthrose importante, avec raideur de la nuque, craquements, céphalées occipitales, quelques vertiges, quelques sifflements d'oreilles

Par ailleurs, des polyalgies assez anarchiques, localisées aux épaules, aux tabatières anatomiques, alternant avec des engourdissements du membre supérieur le matin, ou des épicondylalgies.

Laboratoire : Urée 0,37 Chol. 2,56
Glyc. 1,02 Acide Urique 0,085

Résultats : démonstratifs sur le plan pharyngé, disparition de la gêne pharyngée, notamment après les douches pharyngées. Diminution des cervicarthralgies.

Observation n° 50 : Mr B... Adrien, 57 ans, menuisier.

C'est un gros mangeur, buvant du vin rouge et quelques apéritifs, ne fumant pas, nerveux et se fatiguant facilement. Il n'est ni obèse, ni pléthorique, mesure 1m70 et pèse 76 kg. Sa T.A. est à 13/7.

Il se plaint d'une pharyngite douloureuse et d'une fragilité rhino-pharyngée qui l'exposent à de nombreux incidents hivernaux.

A l'examen, c'est une pharyngite chronique congestive, avec des réflexes vifs, une tendance hypertrophique au niveau des piliers postérieurs de la loge amygdalienne, qui sont doublés de deux épais faux-piliers. La paroi postérieure est recouverte de mucosités glaireuses.

Ceci représente l'essentiel de l'examen O.R.L., négatif par ailleurs.

Du point de vue articulaire on note : une cervicarthrose douloureuse, avec raideur de la nuque, des craquements, des polyalgies articulaires sans symétrie, ni régularité, siègeant aux épaules, aux mains, aux articulations sterno-costales, aux chevilles.

Laboratoire : Urée 0,40 Acide Urique 0,094

Résultats : excellents sur le plan O.R.L. (réflexes atténués) et sur le plan articulaire.

Observation n° 51 : Mr B... Louis, 69 ans, homme d'affaires.

Il s'agit d'un homme représentant le type même du pléthorique, au visage sanguin, corpulent, actif, autoritaire, gros mangeur, fort buveur, ne fumant pas. Pas d'antécédent familial ou personnel de goutte. Il pèse 85 kg et sa T.A. est à 16/10.

Il vient se soigner à Luchon pour une pharyngite chronique, marquée de signes fonctionnels importants, pharyngalgies, ténesme pharyngé, et sensation de corps étranger. Rhino-pharyngites hivernales fréquentes.

L'examen, malgré des réflexes prompts au contact de l'abaisse langue, montre l'aspect d'une pharyngite très congestive hypertrophique, et catarrhale, L'ensemble de la muqueuse est d'un rouge vif, suintant, et la paroi postérieure est recouverte de secrétions glaireuses filantes, épaisses, que l'on retrouve dans le cavum.

Les fosses nasales sont également le siège d'une congestion de la muqueuse. L'examen de l'appareil auditif montre une hypoacousie de type mixte, avec tympans scléreux.

Le bilan des autres appareils montre l'atteinte articulaire du rachis cervical (arthrose modérée). Accessoirement, poignets, chevilles, mains et des troubles digestifs ou urinaires, actuels ou passés.

Laboratoire :	en 1964	1965	1966
Urée	0,48	0,52	0,49
Glyc.	0,98	1,01	1,02
Chol.	2,78	2,97	2,05
Acide Urique	0,084	0,090	0,076

Résultats : cliniquement : les hivers ont été meilleurs depuis le début du traitement thermal. Les douleurs se sont atténuées. Biologiquement : on note une baisse progressive de l'uricémie au cours des 3 cures.

Observation n° 52 : Mme B... Pierrette, 57 ans.

Il s'agit d'une femme de petite taille, de poids faible (54 kg, 1m56) nerveuse, surmenée, au teint pâle, ayant eu une dépression nerveuse, se fatiguant facilement. Elle est sans appétit, ne boit pas, ne fume pas, sa tension artérielle est à 11/7.

Elle se plaint, sur le plan O.R.L. d'une pharyngite douloureuse avec des paresthésies pharyngées continuelles, entre des poussées plus aiguës, saisonnières.

A l'examen, pharynx rouge et congestif dans son ensemble, loges amygdaliennes cicatricielles (amygdalectomie à 21 ans). Paroi postérieure hypertrophique avec faux piliers. Présence de secrétions glaireuses dans le cavum et le pharynx.

La muqueuse de l'hypo-pharynx et du larynx est également congestive.

Les fosses nasales sont le siège d'une rhinite hypertrophique et congestive. Enfin, on note une tympano-sclérose bilatérale avec hypoacousie.

Sur le plan articulaire, une importante cervicarthrose douloureuse avec enraidissement du cou, craquements, quelques vertiges aux changements de position de la tête, et des céphalées occipitales, avec cellulite cervicale postérieure. D'autre part, on note des arthralgies erratiques aux coudes, aux poignets, aux genoux, sans régularité ni systématisation.

Sur le plan digestif, on note des signes de colite spasmodique avec des troubles dyspeptiques importants.

On ne relève pas d'antécédents urinaires, mais depuis 5 ou 6 ans s'est installée une ménopause qui a été difficile, et soignée longtemps.

Laboratoire :	Urée	0,32	Chol.	2,30
	Glyc.	0,98	Ac. Urique	0,092

Résultats : bon sur les pharyngalgies, un peu moins bon pour les rachialgies.

Observation n° 53 : Mr B... Jacques, 50 ans, médecin.

Il s'agit d'un médecin très actif, surmené, bon mangeur et bon buveur. Longiligne avec une bonne musculature. Il pèse 74 kg pour 1m78. Sa T.A. est à 15/8. Il a cessé de fumer depuis 3 ans.

Il vient à Luchon pour l'association d'une rhino-pharyngite chronique, d'un catarrhe tubaire bilatéral, et de polyalgies rhumatismales.

Sur le plan O.R.L. il s'agit d'une pharyngite chronique, douloureuse, avec de constantes périodes de renforcement surtout l'hiver, et qui se marque à l'examen par une rougeur diffuse de

tout le pharynx, avec hyperhémie du voile, de la luette, et de la paroi postérieure, qui est couverte de granulations hyperplasiques et de quelques secrétions filantes. Par ailleurs, on note une rhinite congestive à tendance obstructive. Enfin, une surdité bilatérale à type d'oto-sclérose, et présence de petites tophi du lobe de l'oreille.

Sur le plan articulaire, il signale de nombreuses douleurs, irrégulières, dont les sièges les plus fréquemment signalés sont les genoux, les articulations rachidiennes (cervicalgies, lombalgies). On note aussi des épicondylalgies, des points sterno-costaux, enfin des talalgies, cette dernière localisation étant la plus constante.

Sur le plan digestif, on ne trouve que les troubles habituels chez les gros mangeurs, bons vivants, et amateurs de boissons alcoolisées.

Pas de troubles urinaires ou rénaux.

Laboratoire : Urée 0,02 Chol. 3,12
Glyc. 1,06 Acide Urique 0,098

Résultats, bons sur les plans pharyngé et articulaire.

Uricémie, fin de cure : 0,076.

Observation n° 54 : Mme B... Jeanne, 60 ans.

Il s'agit d'une femme active, pléthorique sans être obèse, au teint sanguin, au cou court et empâté. Elle mesure 1m60, pèse 69 kg. Sa T.A. est à 14/9.

Elle avoue avoir un gros appétit, aime les viandes rouges, mais ne boit pas de vin et ne fume pas. L'ingestion aqueuse est faible, la diurèse peu abondante. Elle se plaint surtout d'une pharyngite apparue au moment de la ménopause marquée par des douleurs, irritation, tenesme, assez importants.

A l'examen, il s'agit d'une pharyngite congestive, hypertrophique au niveau des amygdales et des piliers, mais présentant déjà une petite tendance atrophique au niveau de la paroi postérieure du cavum et de l'oro-pharynx où stagnent des mucosités gommeuses.

Le reste de l'examen O.R.L. est négatif, on note cependant une mobilisation du larynx douloureuse, et des plaques calcaires sur les tympans.

Sur le plan articulaire, les troubles sont dominés par une importante cervicarthrose confirmée radiologiquement et qui s'accompagne de céphalées occipitales et de quelques vertiges.

Par ailleurs, on relève des douleurs scapulaires alternant de façon anarchique avec des gonalgies, des épicondylalgies, des douleurs sterno-costales.

Résultats : bons. Aspect moins congestif du pharynx en fin de cure.

Observation n° 55 : Mr C... Pierre, 45 ans.

Venu à Luchon pour des rhino-pharyngites et des engines à répétition, et pour des douleurs poly-articulaires.

La pharyngite présente un caractère douloureux,; sur un fond de pharyngalgie tenace viennent se greffer des épisodes plus aigus par leur caractère hyperalgique que par leur nature infectieuse ou fébrile.

Le pharynx est marqué par son aspect congestif, avec rougeur suintante de toute la muqueuse, et hypertrophique, avec faux piliers postérieurs épais.

Cette congestion muqueuse se retrouve dans les fosses nasales et dans l'hypo-pharynx où l'on note une hyperplasie de l'amygdale linguale.

Dans le domaine ostéo-articulaire, ce sont des poly-algies, localisées préférentiellement à la colonne vertébrale, à la colonne lombaire, mais aussi aux genoux, aux poignets, aux articulations intercarpiennes.

On recherche, et on trouve un point sterno-costal précis.

Pas d'antécédents goutteux, familiaux, ou personnels.

Pas d'antécédent digestif ou urinaire notable, pas de notion de surcharge alimentaire, ou alcoolique, tabagisme modéré. Il pèse 74 kg pour 1m72.

Laboratoire : Urée 0,37 Chol. 2,47
Glyc. 0,99 Acide Urique 0,092

Résultats : atténuation des phénomènes algiques et congestifs du pharynx. Amélioration des algies rhumatismales.

Observation nº 56 : Mr D... Emile, 65 ans.

Homme pléthorique, tendant à l'obésité (a déjà fait une cure à Capvern). Venu à Luchon pour laryngite récidivante, "fatigue vocale" après un bon repas, et une pharyngite congestive et douloureuse, s'accompagnant de paresthésie pharyngée.

L'examen montre un pharynx à muqueuse épaisse, rouge vif, suintante, avec piliers postérieurs hypertrophiés. Les réflexes vifs rendent la laryngoscopie difficile, mais on peut cependant noter une laryngite hyperplasique avec épaississement et rougeur inter-aryténoïdienne, mais mobilité normale.

La recherche des points douloureux se révèle positive au niveau du nerf laryngé supérieur, des tabatières anatomiques, et le malade signale des douleurs spontanées, irrégulières cervicales (raideurs), lombaires, tibiotarsiennes. Surtout, on découvre des tophi des articulations inter-phalangiennes de la main droite, et au niveau des orteils.

Sur le plan digestif, il accuse une pesanteur post-prandiale, mais il s'agit d'un gros mangeur, intempérant, pléthorique, au faciès vultueux, pesant 95 kg en moyenne, et dont la T.A. oscille autour de 19/10.

Laboratoire : Urée 0,36 Chol. 2,70
Glyc. 1,10 Acide Urique 0,098

Bons résultats d'une première cure dans l'immédiat. A suivre en fonction de l'hygiène alimentaire.

Observation n° 57 : Mr D... Roger, 41 ans.

Il s'agit d'un homme grand - 1m85 - corpulent, sans adiposité, gros mangeur, avec régime hyper-azoté, amateur de boissons alcooliques, et fumant peu.

Il se plaint d'une pharyngite chronique douloureuse avec poussées de rhino-pharyngites aiguës saisonnières et fausses angines apyrétiques, de paresthésie pharyngée et de dysphonie matinale.

L'examen montre des réflexes très vifs, une pharyngite très congestive avec muqueuse écarlate, épaisse, une hypertrophie des faux piliers postérieurs, des loges amygdaliennes cicatricielles (amygdalectomie dans l'enfance) parsemées de formations lymphoïdes de vicariance.

Les fosses nasales sont le siège d'une rhinite hypertrophique.

Le larynx présente une cordite hyperplasique postérieure à prédominance droite et congestion inter-aryténoïdienne. Les tympans sont normaux.

Appareil ostéo-articulaire : arthralgie fugace non symétrique, mais prédominance de rachialgie cervicale, douleurs des chevilles et des poignets (tabatières anatomiques).

Appareil digestif : R.A.S. Antécédents familiaux de goutte présumés.

Laboratoire :	en 1965	en 1966
Urée	0,48	0,40
Gluc.	1,02	1,03
Chol.	2,55	2,34
Acide Urique	0,082	0,076

Résultats : excellents sur le plan clinique, et sur le plan biologique, puisque l'uricémie passe de 0,082 en 1965 à 0,060 en fin de cure en 1966.

Observation n° 58 : Mme A..., 53 ans.

Femme assez grosse (65 kg pour 1m58) active, bonne mangeuse mais buvant peu et oligurique, venue pour rhino-pharyngite et angines à répétition, et polyarthralgies.

O.R.L. Il s'agit en effet de rhino-pharyngites fréquentes parfois compliquées d'angines (2 phlegmons de l'amygdale). Ces affections rhino-pharyngées ont un caractère douloureux et tenace.

L'examen montre un pharynx congestif rouge vif, avec granulations et secrétions glaireuses sur la paroi postérieure, les amygdales sont petites cryptiques, sans rétention caséeuse, les piliers sont épaissis.

La muqueuse turbinale est congestive, rouge vif, avec une déviation droite de la cloison, le larynx est normal. Tympans un peu dépolis, quelques plaques calcaires sur le droit.

Sur le plan articulaire, on note avant tout des signes d'arthrose cervicale, avec des points cellulitiques cervicaux postérieurs douloureux, tendance à l'ankylose des articulations rachidiennes.

Autres localisations douloureuses retrouvées à l'examen, points sterno-costaux, épicondylalgies, douleurs dans les orteils.

Laboratoire :	Urée 0,51	Chol.	2,28
	Glyc. 1,10	Acide Urique	0,080

Résultats : la cure a agi favorablement sur les phénomènes douloureux et la diurèse.

Observation n° 59 : M. S. Avocat, 53 ans.

Adressé à Luchon pour rhino-pharyngites à répétition, tendance à l'enrouement, polyarthralgies, se plaint "tous les mois", de rhumes, pharyngites, sensation permanente d'irritation de la gorge, sensation de corps étranger, douleurs, cuisson, entraînant hemmage et toux. Homme peu actif, sobre, fumant peu, enclin au sédentarisme, sans antécédents goutteux, sans surcharge alimentaire, buvant peu.

Examen O.R.L.

Le pharynx est très congestif dans son ensemble. La muqueuse est amincie, vernissée, écarlate et présente des îlots de sclérose recouverte de glaires gommeuses, adhérentes et rares. Les amygdales sont petites, rouges et ne paraissent pas affectées. Dans le cavum, quelques secrétions épaisses. Cornets congestifs.

Larynx : légère dysphonie habituelle s'aggravant lors des épisodes rhino-pharyngés. Morphologie normale.

Appareil articulaire

Par ailleurs, Me S... se plaint d'une arthrose cervicale nette, douloureuse surtout le matin au réveil, confirmée radiologiquement mais aussi d'autres points douloureux signalés ou découverts lors de l'examen laryngé supérieur, tabatières anatomiques, arthralgies fugaces et non symétriques des coudes, des genoux, des chevilles.

Pas d'antécédents digestif ou urinaire.

Laboratoire : Urée 0,52 Chol. 2,12
Glyc.1,05 Acide Urique 0,072

Résultats : immédiats, satisfaisants, atténuation des phénomènes de la muqueuse, raréfaction des secrétions.

Observation n° 60 : Mme G... Marie, 56 ans, institutrice d'école maternelle.

Il s'agit d'une femme venue à Luchon pour une rhino-pharyngite chronique, tendance à la laryngite et fatigabilité vocale.

Ces troubles sont apparus depuis quelques années, après une hystérectomie totale, et s'accompagnant de fatigabilité et de nervosité.

C'est une femme un peu forte, pesant 71 kg pour 1m63, douée d'un appétit moyen, d'un régime carné normal, mais qui boit peu et urine peu. Sa T.A. est à 16/8.

Les troubles O.R.L. sont fait d'irritabilité douloureuse de la gorge, de sensations de cuisson ou de brûlures pharyngo-laryngées souvent très aiguës, enfin, de la présence constante de secrétions gênantes.

A l'examen, pharynx et hypo-pharynx très congestifs, avec une muqueuse d'une rougeur luisante, recouverte par endroits de mucosités visqueuses, adhérentes.

Les fosses nasales sont également congestives, les cornets ont une muqueuse rouge vif, et on trouve des secrétions glaireuses en rhinoscopie postérieure, dans le cavum.

Le larynx montre une légère hyperhémie des bandes ventriculaire et des cordes vocales. Le reste de l'examen O.R.L. est négatif.

Sur le plan ostéo-articulaire, la malade signale des sensations de doigts engourdis le matin au réveil, des scapulalgies, et des gonalgies, anarchiques et transitoires, on note une tendance à l'infiltration cellulitique des tissus de la nuque, de la paroi abdominale et des cuisses.

Il ne semble pas y avoir de trouble rénal, mais la malade parle d'oligurie habituelle. Elle ne connaît pas d'antécédents hyperuricémiques familiaux. Elle n'a pas de troubles digestifs.

Laboratoire :	Urée	0,46	Chol.	2,80
	Glyc.	0,99	Acide Urique	0,075

Résultats : excellents sur les manifestations pharyngées. Bons sur les algies rhumatismales.

Observation n° 61 : Mme K... Lydie, 68 ans.

C'est une femme grande, maigre, osseuse, pesant 68 kg pour 1m70, venue à Luchon pour des troubles rhino-pharyngés, une surdité importante ancienne et des troubles articulaires.

Sur le plan O.R.L. elle se plaint de douleurs pharyngées avec sensations paresthésiques, irritation permanente, angines hivernales fréquentes en dépit d'une amygdalectomie ancienne.

L'ensemble du pharynx est très congestif mais on note une tendance atrophique de la muqueuse de la paroi postérieure sur laquelle stagnent des secrétions gommeuses. Dans les loges amygdaliennes, cicatricielles, on remarque des formations granuleuses hypertrophiques, et l'amygdale linguale est très grosse.

Les fosses nasales sont congestives et renferment quelques secrétions muco-purulentes, épaisses.

Par ailleurs, importante surdité de type oreille moyenne, bilatérale.

Sur le plan articulaire, essentiellement une arthrose cervicale douloureuse avec raideur du cou, céphalées occipitales. Par ailleurs, on note une arthrose du poignet, des douleurs à la pression des tabatières anatomiques, et d'autres algies mal systématisées dans le temps et non symétriques : cheville, coude, points sterno-costaux.

Accessoirement, on relève l'existence d'une colite spasmodique, ancienne avec dyspepsie, douleurs spontanées et provoquées de la F.I.D. et constipation opiniâtre.

Chez cette femme sédentaire, de petit appétit, le régime est hypo-azoté, les boissons peu abondantes, la diurèse faible. Elle ne fume pas. Sa T.A. est à 12/7.

Laboratoire :	Urée	0,49	Chol.	2,31
	Glyc.	1,03	Acide Urique	0,087

Résultats : bons, augmentation de la diurèse, atténuation des signes congestifs rhino-pharyngés et des manifestations polyalgiques.

Observation n° 62 : Mr L... Pierre, 48 ans, représentant de commerce.

C'est un homme qui voyage beaucoup, mange bien, boit beaucoup, fume peu, au teint coloré, assez corpulent, pesant 85 kg pour 1m70, et chez qui on a retrouvé des antécédents familiaux de goutte. C'est un sujet suralimenté, hypertendu (19/10).

Il se plaint de pharyngo-laryngite chronique assez ancienne, avec des épisodes rhino-pharyngés aigus hivernaux fréquents, avec tendance à l'enrouement, et en permanence, des paresthésies pharyngées, liées à la sensation de présence d'une secrétion épaisse au fond de la gorge, entraînant des efforts de hemmage.

L'examen montre un rhino-pharynx congestif dans son ensemble, avec des réflexes très vifs, et des formations gommeuses adhérentes dans le cavum et sur la paroi oro-pharyngée postérieure.

Les fosses nasales, sont le siège d'une rhinite congestive avec secrétions muqueuses, et, au niveau du larynx, on note un aspect érthémateux de la margelle, n'intéressant pas les cordes.

L'examen de l'audition montre une hypoacousie de transmission avec Weber indifférent et bourdonnements graves.

Sur le plan articulaire, ce malade accuse des douleurs de cervicarthrose, avec raideur de la nuque, et parfois vertiges.

Par ailleurs, on note des douleurs anarchiques et fugaces, unilatérales, épicondylalgie, gonalgie, et surtout, douleurs et engourdissements dans les doigts le matin.

Point sterno-costal et inter-costal gauche très nets.

Antécédents digestifs et urinaires : R.A.S.

Laboratoire : Acide Urique 0,088 (1965).

Résultats : satisfaisants après la première cure. Hiver sans algies pharyngées, ni douleurs. Acide urique fin de cure 1966 = 0,070.

Observation n° 63 : Mme L... Eva, 54 ans.

Malade venue à Luchon pour des manifestations O.R.L. de type rhino-pharyngite chronique avec des phénomènes paresthésiques très importants, des sensations de cuisson, d'irritation de la gorge, de présence permanente de corps étranger, mais sans ténesme pharyngien.

Ces troubles sont apparus avec la ménopause.

L'examen montre un pharynx rouge vif dans son ensemble, des amygdales petites non cryptiques, une paroi postérieure oro-pharyngée vernissée à la périphérie, avec des ilots de muqueuse atrophique épars, et d'importantes secrétions glaireuses adhérentes.

Les fosses nasales sont congestives, présentant de fréquentes poussées de rhinite-purulente hivernales, mais actuellement elles sont sèches. L'hypo-pharynx est également congestif jusqu'au niveau de la margelle laryngée, mais les cordes sont blanches.

L'audition est normale, mais on note la présence de plaques calcaires sur les tympans.

Sur le plan articulaire, le tableau est dominé par une très importante cervicarthrose, nuque douloureuse, souvent ankylosée, avec des craquements, des céphalées occipitales, parfois des vertiges. Les douleurs cervicales sont d'autant plus importantes que l'on note des signes de cellulite cervicale postérieure, avec présence de nodules cellulitiques douloureux sous-cutanés.

D'ailleurs, la mobilisation active et passive du rachis cervical est actuellement douloureuse.

De plus, on a noté une lombarthrose, avec tendance à la rectitude du rachis lombaire, limitation des mouvements d'extension et de flexion, et algies sciatiques intermittentes.

Des radiographies ont été pratiquées récemment, et montrent une "raideur générale du rachis... des signes nets d'arthrose... prédominant dans le segment cervical". Les autres localisations douloureuses sont moins bien systématisées : douleurs dans les poignets (tabatières anatomiques) les chevilles, douleurs thoraciques, et à la pression des S.C.M.

Pas d'antécédents digestifs notables, mais cette malade a présenté, voici 6 ans, des crises de coliques néphrétiques répétées.

Cette femme un peu forte (1m60, 75 kg - T.A. 12/8) mange peu, mais ne boit pas beaucoup, ne fume pas et a une nette tendance à la rétention d'eau, comme en témoignent les zones d'infiltration cellulitique.

Laboratoire :	Urée	0,50	Chol.	2,37
	Glyc.	1,02	Acide Urique	0,096

Résultats : en fin de cure - Amélioration fonctionnelle des signes O.R.L. et cervicaux. Acide Urique = 0,067.

Observation n° 64 : Mr C... Marcel, 40 ans ; ouvrier spécialisé.

Chez cet homme on note des angines fréquentes, apyrétiques et une rhino-pharyngite ancienne marquée par une sensation d'irritation pharyngée permanente, aggravée par l'usage du tabac, mais qui se poursuit lors de la cessation du tabagisme.

Le pharynx est très congestif, les réflexes sont vifs, on note des faux piliers postérieurs hypertrophiques, des amygdales petites, très rouges, non cryptiques. Il existe en plus une rhinite hypertrophique et muco-purulente, sans participation sinusienne et une déviation non obstructive de la cloison.

Le larynx est sujet aux enrouements, il est hyperhémié dans son ensemble, et on relève une note plus particulièrement congestive inter-aryténoïdienne.

L'examen otoscopique, montre des tympans scléreux, déprimés, infiltrés de plaques calcaires, la formule auditive est celle d'une hypoacousie de transmission.

Les troubles articulaires sont des poly-arthralgies surtout rachidiennes cervicales, avec douleurs, enraidissement matinal de la nuque et du cou, des lombalgies tenaces et à propos desquelles des radiographies ont montré des signes d'arthrose. On retrouve enfin chez lui des signes articulaires qui orientent vers l'acide urique de façon plus précise : douleurs dans les mains, engourdissement matinal, points dans les tabatières anatomiques, points sterno-costaux surtout à gauche.

Sur le plan digestif, on retrouve une colite chronique spasmodique, avec sensibilité de tout le cadre colique.

C'est un homme grand, longiligne, de bonne musculature, gros mangeur de viandes rouges, chez qui on soupçonne un éthylisme modéré et qui fume actuellement 15 cigarettes par jour.

Laboratoire : Acide Urique : 1965 - 0,090
1966 - début cure = 0,087
1966 - fin de cure = 0,068

Résultats immédiats : bons sur les signes fonctionnels, malgré une mauvaise hygiène alimentaire.

Observation n° 65 : Mme C... Luce, 45 ans, journaliste.

Venue à Luchon pour une pharyngite chronique, et de petites séquelles phonatoires d'un polype de la corde vocale enlevé 6 mois plus tôt.

Sur le plan fonctionnel, des rhino-pharyngites à répétition avec rhinite muco-purulente l'hiver, angines aiguës, gêne et irritation pharyngée tenaces, et troubles paresthésiques.

Ces troubles s'accompagnent de raclement, de hemmage, et de toux.

A l'examen, pharynx très congestif, hyperréflexique, avec rougeur carminée diffuse de tous les éléments oro-pharyngés, et présence de secrétions muqueuses épaisses.

Les fosses nasales ont également un aspect congestif, sans secrétions.

Au niveau du larynx, les cordes vocales sont de mobilité normale un peu oedématiées surtout à droite.

On note une tendance à l'eczématisation du conduit auditif externe mais l'audition et les tympans sont normaux.

Sur le plan articulaire, la malade signale une importante arthrose cervicale douloureuse, avec craquements articulaires, tendance à l'ankylose, parfois vertiges aux changements de position de la tête, et on note une importante infiltration cellulitique de la nuque et du cou, avec des nodosités douloureuses.

Elle présente par ailleurs une péri-arthrite scapulo-humérale, déjà traités par des infiltrations.

On découvre enfin des points douloureux, dans les tabatières anatomiques, dans l'espace crico-thyroïdien, dans les articulations chondro-costales, et quelques douleurs mal systématisées des poignets et des chevilles.

Pas d'antécédents digestifs ou urinaires.

C'est une femme petite (1m58) active, nerveuse, présentant une obésité de type androïde, avec épaississement de la ceinture scapulaire, bassin étroit, pesant 73 kg, avec une T.A. à 17/10. Elle a un appétit modéré, sans régime hypercarné, boit peu, pas d'alcool, ne fume plus depuis huit ou neuf mois. Antécédents familiaux de goutte.

Laboratoire : Urée 0,41 Chol. 2,30
Glyc. 0,97 Acide Urique 0,078

Résultats : bons sur le plan pharyngé. Disparitions des douleurs de l'hyperréflexie et des algies. Bons résultats sur les algies rhumatismales.

Observation n° 66 : Mr N... Gaston, 61 ans, boucher.

Vient à Luchon depuis plusieurs années pour des pharyngo-laryngites constantes, avec pharyngalgies rebelles.

O.R.L. Le symptôme capital est représenté par une pharyngalgie tenace, cédant mal aux thérapeutiques habituelles, sans angines aiguës, ni phénomènes rhino-sinusiens. Par contre on note une fatigabilité vocale, avec tendance à l'enrouement, le malade ne fume pas et n'a jamais fumé. Toux, hemmage, efforts de raclement sont fréquents, aussi bien que stériles, et il n'y a pas d'expectoration, qu'une rare secrétion épaisse.

A l'examen : pharynx écarlate dans son ensemble, toute la muqueuse ayant une teinte uniformément vermillon, traduisant une hyperhémie importante. L'hyperesthésie du pharynx se marque par une hyper-réflectivité qui rend l'examen délicat, le réflexe nauséeux étant presque immédiat.

Les fosses nasales, le larynx participent à la congestion des voies aéro-digestives supérieures, et, là aussi, les muqueuses sont rouges.

Sur le plan articulaire : a plusieurs reprises, ce sujet s'est plaint de lombalgies, de gonalgies, de douleurs dans les mains et les poignets. L'examen permet de mettre en évidence un point douloureux laryngé supérieur, et un point sterno-costal gauche bien net.

Appareil digestif : R.A.S., en particulier, foie normal, cliniquement et biologiquement (tests hépatiques récents : normaux).

Terrain : c'est un homme assez dolent, peu actif, au teint fleuri, aux pommettes marquées de varicosités, assez corpulent (93 kg pour 1m78) un peu hypertendu (autour de 19/10).

Au point de vue alimentaire, il consomme, professionnellement, beaucoup de viandes rouges, à chaque repas, mais en dehors de cet excès d'apport, on ne note ni suralimentation, ni tendance à l'éthylisme, ni tabagisme.

Laboratoire :	1964	1965	1966
Urée	0,34	0,46	0,42
Glyc.	1,03	1,06	1,02
Chol.	2,66	2,78	2,67
Acide Urique	0,098	0,094	0,088 (début de cure)
			0,075 (fin de cure)

Résultats : malgré une baisse de l'uricémie, les signes fonctionnels sont encore importants.

Observation n° 67 : Mme N... Léonie, 59 ans.

Venue à Luchon pour des rhino-pharyngites chroniques et des arthralgies.

Sur le plan O.R.L., il s'agit d'une pharyngite congestive typique assez douloureuse, avec quelques troubles rhino-sinusiens, à recrudescence hivernale.

L'examen montre, surtout un oro-pharynx rouge, un peu hypertrophique et, accessoirement, une rhinite vestibulaire, une déviation de cloison, avec présence discrète de muco-pus dans l'arrière nez et dans le cavum.

Sur le plan articulaire : les troubles articulaires sont représentés par des rachialgies cervicales et surtout lombaires, avec enraidissement transitoire, mais aussi par des arthralgies des mains sans déformations, des gonalgies intermittentes, et une épicondylalgie, bien mise en évidence au cours de l'examen.

Appareil digestif : retenir une cholécystectomie il y a 6 ans.

Appareil génito-urinaire : hystérectomie avec radium il y a 10 ans, diurèse irrégulière, mais pas d'antécédents rénaux.

Terrain : il s'agit d'une femme assez active (pesant 72 kg pour 1m68) d'aspect nullement congestif ni pléthorique, pratiquant, du fait de ses antécédents digestifs un régime alimentaire très rigoureux, ne buvant pas d'alcool, ne fumant pas. La T.A. est à 15/9.

Laboratoire :	1964	1965	1966
Urée	0,60	?	0,45
Chol.	1,95	?	2,20
Acide Urique	0,084 (encore très élevé)		0,077

Résultats : les douleurs pharyngées et articulaires ont diminué surtout en fin de cure, et pendant les mois qui suivent, hivers meilleurs. Biologiquement : baisse de l'hyperuricémie au cours des 3 années de cure.

Observation n° 68 : Mme P... Thérèse, 65 ans.

Venue à Luchon pour une pharyngite chronique, accompagnée de bronchites et de trachéites à répétition depuis de nombreuses années.

Sur le plan O.R.L., pharyngalgies persistantes, sans angines aiguës fébriles et traduisant un état congestif de la muqueuse oro-pharyngée dans son ensemble à l'examen.

Sur le plan broncho-pulmonaire l'examen, à l'arrivée en cure, ne montre que peu de choses, quelques roncus prodominant aux deux bases,

Sur le plan articulaire, la malade signale avoir déjà eu de l'hyperuricémie, elle a présenté en 1964 une crise de goutte du gros orteil (?) Par ailleurs, elle souffre de lombalgies, de douleurs dans les mains, dans les pieds, et on trouve à l'examen, un point douloureux sterno-costal.

Pas d'antécédent digestif ou urinaire notable.

Terrain : il s'agit d'une femme petite, assez boulotte, pesant 63 kg pour 1m54 et dont la T.A. est élevée, la maxima oscillant autour de 20. Alimentation, alcool, tabac : R.A.S.

Laboratoire :	1965	1966
Urée	0,48	0,36
Glyc.	1,15	1,04
Chol.	2,85	2,60
Acide Urique	0,096	0,076

Résultats : amélioration des phénomènes douloureux pharyngés et articulaires. Baises de l'uricémie après la première cure.

Observation n° 69 : Mr P... Claude, 54 ans, carrossier automobile.

Sur le plan O.R.L. ce malade est déjà venu faire une cure en 1961 pour une pharyngite. Après une période d'amélioration, les douleurs de gorge ont repris, et une série de cures est entreprise en 1965. Actuellement, il se plaint d'être "fragile de la gorge" et surtout de pharyngalgies tenaces, avec une sensation d'irritation permanente, et parfois une toux matinale, sèche.

L'examen montre essentiellement une pharyngite congestive diffuse à tendance hypertrophique au niveau des piliers postérieurs, avec une rhinite hypertrophique très congestive. Les réflexes nauséeux sont très accentués, la laryngoscopie, difficile, montre une glotte ovalaire. Le reste de l'examen O.R.L. est négatif.

Sur le plan articulaire : parmi les douleurs signalées, de fréquentes rachialgies cervicales, mais plus particulièrement, une épicondylalgie droite et une douleur sterno-costale nette.

Appareil digestif : quelques troubles dyspeptiques, vraisemblablement d'ordre neuro-végétatif.

Appareil urinaire : néphrite ancienne avec albuminurie.

Terrain : il s'agit d'un homme assez corpulent (83 kg pour 1m70) actif, se plaignant de surmenage, de fatigue, et de nervosité, avec insomnies rebelles.

En raison de sa grande activité, il consomme en abondance viandes rouges et vin rouge. Il fume peu. Sa T.A. est 18/10 à l'arrivée, 15/10 à la fin de la cure.

Laboratoire : Urée 0,46 Chol. 2,14
Glyc. 1,02 Acide Urique 0,083

Dans les urines : Ph 6,5 - Albumine ... 0,22 g.

Résultats : atténuation de l'aspect congestif et hypertrophique du pharynx. Sédation des phénomènes algiques. Bonne diurèse.

Observation n° 70 : Mr R... Henri, 63 ans.

Sur le plan O.R.L. : venu à Luchon pour pharyngite congestive hyperalgique avec obstruction nasale intermittente, surtout à l'occasion d'épisodes rhino-pharyngés hivernaux.

A l'examen : l'ensemble de la muqueuse oro-pharyngée est le siège d'une intense congestion, notamment au niveau de la paroi postérieure.

Les fosses nasales sont également intéressées par un processus congestif au niveau des cornets inférieurs.

Pas de sinusalgie, pas de rhinorrée postérieure.

Le reste de l'examen O.R.L. et notamment celui de l'audition ne montrent qu'une presbyacousie un peu accélérée. Devant l'aspect du pharynx, et le caractère algique de l'affection, on recherche, et on trouve :

- Des douleurs sterno-costales

- Un point crico-thyroïdien

- Des douleurs dans les tabatières anatomiques

- Des arthralgies des genoux et des chevilles.

Appareils digestif et urinaire : R.A.S.

Terrain : il s'agit d'un homme légèrement corpulent (89 kg pour 1m73) ne présentant aucun signe de pléthore, doué d'un appétit modéré, buvant peu, ne fumant pas.

Laboratoire : Urée 0,47 Glyc./ 1,03
Chol. 2,58 Acide Urique 0,089

Résultats : examen local de fin de cure très satisfaisant. Muqueuse très améliorée.

Observation n° 71 : Mr R... Pierre, instituteur de 32 ans.

Venu à Luchon pour des pharyngalgies tenaces durant parfois 2 ou 3 mois, une fragilité rhino-pharyngée, et pour lesquelles il a consulté à maintes reprises sans résultat.

Sur le plan O.R.L., il s'agit d'une pharyngite douloureuse sans angines aiguës, se remarquant surtout par une sensation d'irritation ou de cuisson de la gorge.

L'examen, rendu difficile par des réflexes très vifs, montre un pharynx très rouge dans son ensemble avec de petites granulations sur la paroi postérieure. La muqueuse nasale est également de type congestif. Le larynx, douloureux à la mobilisation externe, présente un aspect normal à l'endoscopie.

L'audition et le reste de l'examen O.R.L. sont négatifs.

Sur le plan articulaire : on note tout d'abord une arthrose cervicale, un engourdissement matinal des articulations avec, en particulier, des douleurs du poignet, des épicondylalgies et quelques craquements aux genoux.

Appareils digestif et urinaire : colite chronique droite. Aurait eu 0,60 d'urée, il y a 3 ans, et une albuminurie.

Terrain : il s'agit d'un homme jeune, jovial, avec une très nette tendance à la pléthore, au teint coloré. Très gros mangeur, amateur de viande et de gibiers. Il ne boit que du vin rouge à l'exclusion des apéritifs et autres alcools, il ne fume pas. Il mesure 1m67 pèse 82 kg. Sa T.A. est de 13,5/9.

Laboratoire : Urée 0,54 Chol. 2,20
Glyc. 0,98 Acide Urique 0,088
Albuminurie 0,18 g.

Traitement : vaporarium 15/5 - 15/5 - 20/10 - Boissons, Ravi 150 - radio-active 150.

Résultats : excellents sur les plans : local et général. En fin de cure : T.A. 11,5/8 - Poids 80 kg - Acide Urique 0,070, attestant une amélioration biologique.

Observation n° 72 : Mr S..., 73 ans, officier en retraite.

Vient à Luchon pour des maux de gorge anciens. Pas d'antécédents goutteux connus.

Sur le plan O.R.L. : il s'agit de pharyngalgies tenaces, sans renforcement saisonnier, sans angines aiguës, avec parfois une sensation d'irritation provoquant de la toux sèche.

Par ailleurs on note une hypoacousie en rapport avec un passé otitique.

A l'examen, les réflexes sont vifs, la langue indocile, le pharynx est congestif dans son ensemble, et la muqueuse présente une teinte uniformément rouge vif, mince, vernissée, sans tendance hyperplasique postérieure, et quelques secrétions épaisses et adhérentes rétro-véliques.

Les fosses nasales sont également le siège d'une hypertrophie congestive de la muqueuse.

L'examen auditif montre une hypoacousie de transmission bilatérale, avec des tympans scléro-cicatriciels.

L'appareil ostéo-articulaire signale : cervicalgies, lombalgies rebelles, scapulalgies irrégulières, douleurs des mains et poignets.

Appareil digestif et urinaire : l'étude des antécédents et le bilan de ces différents appareils n'apporte rien de notable à cette observation.

Terrain : il s'agit d'un homme actif, non pléthorique, au teint non congestif, mesurant 1m78 et pesant 90 kg, régime alimentaire normal, pas de boissons alcoolisées, pas de tabac.

Laboratoire : Urée 0,40 Chol. 2,40
Glyc. 1g. Acide Urique 0,082

Résultats : excellents sur les phénomènes douloureux. Réflexes moins vifs. Aspect moins congestif en fin de cure.

Observation n° 73 : Mme T..., 54 ans, sans profession.

Venue à Luchon pour des maux de gorge chroniques associés à du rhumatisme vértébral. Ces troubles sont apparus depuis quelques années et sont contemporains de sa ménopause.

Sur le plan O.R.L. il s'agit de pharyngalgies persistantes de type irritatif accompagnées de toux sèche, avec des épisodes de recrudescence hivernale sans fièvre, mais jamais d'angines aiguës fébriles, ni de phénomènes rhinosinusiens.

A l'examen, c'est une pharyngite postérieure, congestive, avec deux énormes faux piliers postérieurs rouge vif, et une paroi granuleuse. Les amygdales sont petites et enchatonnées, présentant une rétention caséeuse principalement à droite.

Au niveau du nez, c'est une rhinite congestive, avec écoulement muqueux épais, presque gommeux, qui tend à stagner dans le cavum.

R.A.S. par ailleurs, sinon tendance à l'eczéma du C.A.E.

Sur le plan articulaire, le malade se plaint de rhumatisme cervical et de lombalgies, ainsi que de quelques douleurs constantes aux genoux et aux chevilles. Elle a des points crico-thyroïdiens et thoraciques douloureux.

Aucun antécédent notable sur les plans digestif ou urinaire.

Il s'agit d'une petite femme de 49 kg 500, très vive et active, douée d'un appétit très modéré, buvant peu. Elle ne fume pas. Sa T.A. est de 11/9.

Laboratoire : Urée 0,49 Chol. 2,34
Glyc. 0,98 Acide Urique 0,079

Résultat fonctionnel : excellent. Aspect moins congestif en fin de cure.

Observation n° 74 : Mr T... Maurice, 55 ans, représentant.

Homme menant une vie active, agitée, avec de fréquents déplacements et "repas d'affaires", doué d'un solide appétit, et buvant facilement vins et apéritifs. Tabagisme 20/jour. Rouge de teint, sans tendance à l'embonpoint, il mesure 1m68 pour 70 kg. Sa T.A. est de 17/10.

Sur le plan O.R.L., il se plaint de fréquents maux de gorge, douleurs angineuses sans fièvre, et d'une tendance excessive aux rhino-pharyngites qui se reproduisent tout au long de l'hiver.

A l'examen, il s'agit d'un pharynx rouge, congestif, avec deux loges amygdaliennes cicatricielles (amygdalectomie dans l'enfance) et une hypertrophie de vicariance, intéressant surtout les piliers postérieurs.

Au niveau des fosses nasales, petite diviation de cloison, cornets inférieurs hypertrophiés, quelques secrétions muqueuses épaisses, que l'on retrouve dans le cavum.

Les manifestations articulaires sont plus importantes.

C'est avant tout une lombalgie très douloureuse, avec irradiation douloureuse en ceinture, et syndrome de sciatique gauche, avec une hyporéflexie achiléenne relative à gauche.

C'est aussi une cervicarthrose avec le "signe de la marche arrière" et des douleurs de péri-arthrite scapulo humérale gauche.

C'est enfin la présence d'un point douloureux sterno-costal droit, au niveau du manubrium, très net, et d'une douleur laryngée, qui, ajoutée au contexte clinique, font penser à une hyperuricémie.

Parmi les antécédents digestifs ou urinaires notables, une dyspepsie en rapport avec les excès de table et de boissons, et probablement un épisode de lithiase urinaire marquée par des douleurs lombaires à irradiation testiculaire gauche, et par de la boue urinaire, survenue à la suite de longs déplacements.

Laboratoire :	Urée	0,50	Chol.	2,98
	Glyc.	1,04	Acide Urique	0,086

Résultats : excellents sur la pharyngite, atténuation nette des douleurs lombaires.

Observation n° 75 : Mme T..., 61 ans.

Vient en cure depuis de nombreuses années à Luchon pour des troubles rhino-pharyngés et articulaires, apparus au moment de la ménopause. Il s'agit d'une femme active, nerveuse, insomniaque, au teint peu coloré, au cou empâté, se fatigant beaucoup, ne pratiquant pas d'écarts alimentaires, ne buvant pas d'alcool, ne fumant pas. De taille moyenne, elle pèse 70 kg, et sa T.A. est de 12/8.

Sur le plan O.R.L., elle a présenté des angines fréquentes pour lesquelles on a pratiqué une électro-coagulation des amygdales en 1964, et elle est sujette à des pharyngites aiguës saisonnières, avec fatigabilité vocale, toux et enrouements survenant sur un fond de pharyngalgie chronique.

Le pharynx est congestif dans son ensemble, les réflexes vifs, les amygdales petites et cicatricielles, un peu cryptiques sans rétention.

Les fosses nasales montrent une muqueuse congestive, sans secrétions muco-purulente.

Sur le plan articulaire, elle présente des rhumatismes polyarticulaires (douleurs à type de sciatique, scapulalgies, épicon-

dylalgies) changeants, mais à l'examen, on note des points douloureux précis au niveau des tabatières anatomiques, et à la mobilisation du larynx.

Du point de vue digestif et urinaire ; constipation chronique et diurèse faible habituelle.

Laboratoire : Urée 0,38 Chol. 2,50
Glyc. I,03 Acide Urique 0,096
(au début de la cure)

Résultats : bons cliniquement ; bons biologiquement.

3 semaines après fin de cure : Acide Urique = 0,070

6 semaines après la fin de la cure : Acide Urique = 0,055.

ETUDE ANALYTIQUE

DES

OBSERVATIONS.

I - Facteurs étiologiques

II - Manifestations O.R.L.

III - Manifestations ostéo articulaires

IV - Manifestations biologiques

FACTEURS ETIOLOGIQUES.

Répartition suivant le sexe

Hommes= 51 ≠ 75 %

Femmes= 24 ≠ 25 %

Répartition suivant l'âge

	Hommes	Femmes	Total
au dessous de 40 ans	7	0	7
entre 40 et 50 ans	19	6	25
entre 50 et 60 ans	18	16	34
entre 60 et 70 ans	5	3	8
au dessus de 70 ans	1	0	1
			75

L'âge minimum est de 27 ans

L'âge maximum de 73 ans

L'âge préférentiel entre 40 et 60 ans.

Si l'on considère la répartition de l'âge des malades dans nos 3 groupes d'observations, il est facile de constater que d'une façon générale :

- au groupe I correspondent les malades les plus jeunes (âge moyen 40 ans). On n'y trouve pas de femmes.

- au groupe II les malades présentent un âge moyen de 50 ans.

- au groupe III les malades les plus âgés (âge moyen 60 ans).

De cette notion nous tirons la conclusion très importante que l'aspect évocateur de la pharyngite goutteuse dans sa forme "pure" peut se rencontrer chez l'adulte jeune, précédant les autres localisations, et c'est à ce stade que l'intérêt de son diagnostic, conduisant à la notion d'hyperuricémie, est le plus frappant.

Antécédents familiaux - Hérédité -

Nous nous sommes attachés à rechercher les antécédents, ascendants ou collatéraux, de diathèse urique, ne retenant que les notions paraissant les plus véridiques, et tenant compte du fait que le malade ignore souvent le passé pathologique de ses parents.

Dans 14 cas, nos malades avaient la notion de crises de gouttes aiguës, souvent dans la forme typique du gros orteil, chez l'un de leurs parents.

Deux frères, présentant des parents goutteux, souffraient eux-mêmes d'une hyperuricémie avec pharyngite.

Par contre, nous avons, au cours de cette enquête reçu nombre de réponses négatives ou douteuses.

Antécédents personnels :

Il faut remarquer d'abord que toutes les femmes retenues dans ces observations sont en période d'inactivité génitale, soit physiologique (par ménopause), soit du fait d'une intervention chirurgicale. Nous avons recherché les antécédents personnels pathologiques de nos malades en les classant sous 3 rubriques :

1) Antécédents digestifs :

	Hommes	Femmes	Total
	1	1	2
- Hépato-biliaire			
- Intestinaux (colite spasmodiques ou de fermentation)	-		
	9	3	12
- Constipation opiniâtre	2	10	12

Les troubles digestifs sont donc représentés par des colites, souvent douloureuses, chez les hommes, et par de la constipation, chez les femmes, ce qui n'a rien que de très banal.

2) Antécédents rénaux ou urinaires :

	Hommes	Femmes	Total
- coliques néphrétiques	3	2	5
- albuminurie	2	0	2
- azotémie supérieure à 0,40	21	7	28 = 38 %
- azotémie supérieure à 0,50	8	5	13 = 19 %

Donc dans 41 cas sur 75 (soit 55 %), on trouve une azotémie supérieure à la normale.

Enfin, on trouve souvent la notion, peu rigoureuse hélas, de diurèse faible et d'un apport hydrique quotidien peu abondant, et cela surtout chez les femmes.

	Hommes	Femmes
- diurèse peu abondante	25	5
- apport hydrique réduit	18	3

3) Antécédents goutteux :

	Hommes	Femmes	Total
- crise aiguë typique du gros orteil	3	1	4
- tophi des articulations digitales	1	2	3
- tophi des pavillons des oreilles	1	2	3
			10

Avant d'étudier le mode de vie et les conditions hygiéniques, nous avons tenté de scinder nos malades en deux groupes morphologiques :

	Hommes	Femmes	Total
- pléthorique, congestif, obèse	16	2	18
- normaux, longilignes, petits, maigres			57

En ce qui concerne <u>les conditions de vie professionnelles et sociales</u>, nous avons mis à part les professions dites "exposées".

- Bouchers, charcutiers, tripiers, traiteurs, cuisiniers ...(7), et nous avons distingué :

1) Sujets menant une vie sédentaire, rencontrés surtout dans les groupes II et III.

- Surmenés intellectuellement et nerveusement	25
- Non surmenés	20
	45

2) Sujets menant une vie active, surtout rencontrés dans le groupe I.

- Surmenés nerveusement	16
- Non surmenés	14
	30

Ceci est en accord avec la notion classique selon laquelle le surmenage nerveux et la sédentarité favorisent l'hyperurícémie.

Abordant le problème des <u>conditions hygièniques d'alimentation et de boissons alcoolisées</u>, nous avons noté :

	Hommes	Femmes	Total
- Sujets suralimentés	16	1	17
- Sujets soumis à un régime d'abondance normale, mais déséquilibré par l'excès d'apport carné ou hyperozoté	17	6	23
			40=53 %

Pour les boissons, ayant éliminé les sujets présentant une intoxication éthylique évidente, qui peut à elle seule déterminer une pharyngite chronique, nous avons groupé nos malades sous 3 rubriques.

	Hommes	Femmes	Total
- Bons buveurs sans excès (moins de Il. par jour) mais avec prédilection pour les apéritifs, Bourgognes, vins cuits.	18		18
- Buveurs très modérés, sobres, sans apéritifs.	30	8	38
- Sujets buvant peu ou pas.	16	3	19
			75

Enfin, en ce qui concerne le tabagisme, après avoir éliminé les très grands fumeurs pour des raisons identiques :

	Hommes	Femmes	Total
- Fumant plus de 10 cig./jour	15	0	15
- Fumant moins de 10 cig./jour	23	7	30
- Ne fumant pas	13	17	30
			75

Il est à remarquer que 75 % de nos malades fument peu ou pas.

MANIFESTATIONS O.R.L.

Au sein de nos trois groupes d'observation, nous avons étudié les manifestations O.R.L. plus particulièrement pharyngitiques de l'hyperuricémie, en les classant sous trois rubriques :

- Anamnèse
- Signes fonctionnels
- Signes donnés par l'examen O.R.L.

I - DONNEES ANAMNESTIQUES

En dehors de la notion de "pharyngite chronique", toujours rencontrée, puisque c'est l'un des critères qui a présidé au choix de nos malades, nous avons noté tout d'abord la très grande fréquence des poussées de rhino-pharyngites aiguës, de surinfection hivernale (60 cas = 80 %).

CECI SOULIGNE L'ACTION FRAGILISANTE ET DEBILITANTE DE L'HYPERURICEMIE SUR LA MUQUEUSE RHINO-PHARYNGEE CHRONIQUEMENT ENFLAMMEE.

Nous n'avons pas trouvé d'incidence particulière de l'amygdelectomie sur l'évolution de la pharyngite. H. 6
F. 4

10 = 13 %

ni de l'électro-coagulation des amygdales (3 cas) en dehors du caractère particulièrement extensif des granulations lymphoïdes dites"de vicariance", nous n'avons pas d'antécédents rhino-sinusiens

récents puisque nous avons éliminé les malades porteurs de rhino-sinusite évolutive, en raison de l'incidence que celle-ci pouvait avoir sur l'évolution et le type de la pharyngite.

Trois de nos malades présentaient des sinusites opérées et guéries.

Dans cinq cas nous avons retrouvé des antécédents laryngés, polypes des cordes vocales, leucoplasie des cordes, pachydermie interaryténoïdienne, etc...

Nous ne pensons pas que ces altérations morphologiques du larynx puissent avoir un rapport quelconque avec la goutte.

Ce qui nous a paru important à retenir, par contre, c'est la notion de laryngite saisonnière, d'épisodes dysphoniques, de fatigabilité vocale, de toux, qui a été assez souvent rencontrée.

Hommes	19
Femmes	8
	27 soit 26 %

Antécédents auditifs.

De propos délibéré, nous avons laissé de ce côté cet aspect de la question, qui aurait exigé de trop longs développements, hors de notre propos. Nous nous sommes contentés de relever les malades présentant une hypoacousie, sans préjuger de son étiologie.

Hommes	11
Femmes	5
	16 soit 21 %

En ce qui concerne ces données, anamnestiques, nous n'avons pas trouvé de répartition particulière de ces données au sein de l'un des 3 groupes ; la répartition est au contraire homogène.

II - SIGNES FONCTIONNELS.

Les signes fonctionnels de pharyngite chronique présentés par nos malades ont été classés sous trois rubriques :

	Hommes	Femmes	Total
1/Pharyngalgies, douleurs, sensation irritative douloureuse du pharynx, sensation de cuisson (essentiellement dans les groupes I et II).	43	14	57 = 75 %
2/Douleurs pharyngées moins vives, paresthésie, sensation de gêne (essentiellement dans les groupes II et III).	10	8	18 = 25 %
3/Signes fonctionnels de voisinage ou d'accompagnement : toux, enrouement, hemmage, raclement de gorge, écoulement nasal.	40	20	60

III - SIGNES D'EXAMEN.

1) En ce qui concerne le pharynx :

Nous avons remarqué chez nos malades la très fréquente hyper-réflectivité, la promptitude du réflexe nauséeux au contact de l'abaisse langue ; ce fait a été noté tout particulièrement dans 27 de nos observations.

A propos de l'aspect morphologique de nos pharyngites, nous avons retenu deux aspects comme étant les plus évocateurs :

- Pharynx congestif et hypertrophique, écarlate avec secrétions catarrhales, muqueuses (rares) ou glaireuses, granulations hypertrophiques, faux piliers postérieurs hypertrophiés (18 hommes et 7 femmes = 25 cas, soit 35 %).

- Pharynx congestif, vernissé, avec cependant tendance atrophique de la paroi postérieure, présence de quelques secrétions gommeuses. Ces formes sont plus rares (7 hommes et 3 femmes = 10 cas, soit 13 %) et se rencontrent dans le groupe II et surtout le groupe III.

En conclusion, l'étude de l'aspect anatomique de ces pharyngites conduit à remarquer qu'aux formes jeunes ou peu évoluées de pharyngites chroniques correspondent des aspects congestifs hypertrophiques, qui traduisent la réaction de la muqueuse au facteur inflammatoire qui l'agresse de façon chronique.

Les formes plus anciennes, se voyant chez des sujets moins jeunes, présentant un aspect congestif, avec disparition des phénomènes hypertrophiques, qui, au terme d'une période plus ou moins longue évoluent vers la tendance atrophique de la muqueuse.

En somme, les pharyngites chroniques goutteuses évoluent, vis-à-vis de l'agression, de la même façon que toutes les autres pharyngites chroniques.

Là encore, l'intérêt est de les dépister avant que ne s'installent des phénomènes irréversibles de sclérose de la muqueuse.

2) Au niveau des fosses nasales, nous avons relevé :

- Aspect normal	13
- Aspect congestif simple	37
- Aspect congestif avec hypertrophie de la muqueuse notamment au niveau des cornets inférieurs.	25

3) Au niveau de l'hypopharynx et du larynx,

- Aspect normal	13
- Aspect légèrement congestif	47
- Aspect très congestif	15

4) Au niveau de l'appareil auditif,

- Eczéma des C.A.E.		5
- Plaques calcaires sur les tympans		7
- Hypoacousie sans préjuger de l'aspect des tympans, ni du type de surdité	Hommes	11
	Femmes	5

MANIFESTATIONS OSTEO-ARTICULAIRES.

I - Dans un premier groupe (groupe n° 1) nous avons placé les malades, qui, selon notre classification ne présentent pas de manifestations ostéo-articulaires proprement dites. Tout au plus peut-on retrouver dans ces cas, des douleurs spontanées et provoquées que nous avons qualifiées de "signes d'orientation".

Nous n'y reviendrons pas.

Hommes	15
Femmes	0
Total	15 = 20 %

II - Dans un deuxième groupe, nous trouvons les malades qui présentent des signes loco-régionaux ostéo-articulaires.

Ils se répartissent en :	Hommes	16
	Femmes	9
		26 = 30 %

Chez ces malades, nous avons trouvé de façon constante des signes d'arthrose cervicale, parfois bénigne.

- Parfois moyenne avec douleur, tendance à l'ankylose, gêne fonctionnelle.

- Parfois enfin importante (céphalées, vertiges, ankyloses, douleurs constantes, craquements, etc...).

Deuxièmement, nous avons noté, avec une grande fréquence chez les malades de ce groupe, et pour ainsi dire chez tous, les douleurs laryngées intercricothyroïdiennes.

Enfin, nous avons retrouvé chez eux, les points douloureux, dits d'"orientation" au niveau des articulations sterno-chondro-costales, et les points épicondyliens et radio-carpiens que nous avons déjà décrits.

III - Dans le troisième groupe, le plus important, (34 malades soit près de 50 %), nous avons la répartition suivante :

Hommes	21
Femmes	13
	34

ce qui fait déjà apparaître un fort pourcentage de femmes. Ce sont les malades plus agés. C'est dire que c'est chez eux que nous trouvons le plus grand nombre de manifestations générales de leur hyperuricémie.

Il n'est pas dans notre propos d'entrer dans le détail des différentes localisations douloureuses, articulaires ou para articulaires que nous avons notées. Cela sortirait beaucoup trop du cadre que nous nous sommes fixés.

Signalons cependant que chez ces malades, les localisations le plus fréquemment rencontrées ont été :

1) Des petites articulations distales des membres, au niveau des mains, articulations digitales, carpiennes, des pieds, radiocarpiennes, tibio tarsiennes, intertarsiennes ; les coudes et genoux sont plus rarement signalés.

2) Des articulations vertébrales, essentiellement, lombaires, beaucoup plus rarement dorsales.

MANIFESTATIONS BIOLOGIQUES.

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de la lecture des résultats du laboratoire ?

1) En ce qui concerne l'acide urique :

	Hommes	Femmes	Total
- de 70 à 80 mg	13	13	26
- de 81 à 90 mg	25	5	30
- de 91 à 100 mg	14	3	17
- au dessus de 100 mg	2	0	2
			75

On ne peut établir de relation entre la répartition des malades de l'une de ces tranches d'uricémie et leur appartenance à l'un des 3 groupes. On peut en inférer qu'il n'y a pas de parallélisme entre les manifestations cliniques et le taux de l'hyperuricémie.

2) A propos de l'azotémie :

- au dessous de 0,40 g.	18	
- entre 0,41 et 0,50	38	77 %
- au dessus de 0,50	19	

Ce sont les malades des groupes 2 et 3 qui entrent dans les catégories d'azotémies les plus élevées, ce qui peut s'expliquer par la moyenne d'âge plus élevée également.

Mais, il semble intéressant de remarquer le taux habituellement élevé de l'azotémie chez 57 malades (77 %), et on peut vérifier l'action néphrotrope des eaux diurétiques de Luchon en constatant, parallélement à la baisse de l'uricémie, celle de l'urée sanguine.

3) Nous n'avons pas de remarque à faire à propos de la GLYCEMIE, ayant détourné de nos observations les hyperglycémies supérieures à 1,10 gr.

4) La cholestérolémie, nous montre que la très grande majorité de nos malades ont un taux de cholestérol total sanguin inférieur à 3 gr.

RESULTATS.

Après ces commentaires cliniques et biologiques, il faut tenter de tirer les résultats thérapeutiques de ces observations.

- Les méthodes thérapeutiques feront l'objet d'un chapitre particulier. Nous les retrouverons ultérieurement.

- Les schèmas thérapeutiques ont été univoques :

- Action locale : gargarismes
  humages
  aérosols
  douches pharyngées.

- Action diurétique générale,

  eau radioactive - 150 à 200 g/j
  eau de Ravi. 150 à 200 g/j

- Action de Vaporarium, séances de durée croissante :

  1ère semaine - 15'/avec 5 minutes de sudation en cabine
  2è semaine - 20'/avec 5' de cabine
  3è semaine - 20'/avec 10' de cabine

en tenant compte de quelques variations individuelles, en rapport avec une hyper ou hypotension artérielle, et certains facteurs de susceptibilité individuelle.

Appréciation des résultats.

Là encore, en raison des impératifs énoncés plus haut, nous avons surtout fondé les résultats de cette thérapeutique sur des critères biologiques.

I - Les critère cliniques, que nous avons retenus ont été :

1) Amélioration des signes fonctionnels pharyngés :

- Disparition des phénomènes algiques, de la sensation d'irritation, des gênes, paresthésies.

Raréfactions de l'expulsion de glaires ou autres sécrétions.

- Atténuation des signes fonctionnels de voisinage (toux, hemmage, etc...).

- Persistante de l'amélioration dans la post-cure, marquée par une diminution des phénomènes algiques et une raréfaction des épisodes rhino-pharyngés saisonniers, traduisant une meilleure résistance de la muqueuse aux agressions.

Pour le groupe I, cette amélioration a été : nette dans 5 cas, très nette dans 11 cas.

Pour le groupe II, cette amélioration a été : nette dans 14 cas, très nette dans 12 cas.

Pour le groupe III, elle a été nulle dans 1 cas, nette dans 25 cas, très nette dans 8 cas.

2) Amélioration des S.F. loco-régionaux et à distance.

Dans l'ensemble tous nos malades accusent une amélioration immédiate, en fin de cure, des phénomènes algiques qu'ils présentaient en arrivant. Parmi les douleurs le plus fréquemment rencontrées, il semble que ce soient les cervicalgies qui réagissent le mieux au traitement.

3) Amélioration de l'état local rhino-pharyngé chez la plupart de nos malades, nous avons trouvé, à la fin du traitement, une atténuation de l'aspect congestif, érythémateux, inflammatoire

des muqueuses, une modération de la vivacité du réflexe nauséeux, une diminution dans la production des secrétions glaireuses ou gommeuses, une réduction de volume des formations lymphoïdes, granulations de vicariance ou grosses amygdales.

4) Enfin, dans bien des cas, l'amélioration locale s'est doublée d'une amélioration de l'état général, marquée par une augmentation de la diurèse, une normalisation de la T.A. chez les hypertendus, une chute pondérale chez les obèses.

II - Parmi les critères biologiques

Nous avons surtout retenu la chute du taux d'uricémie.

Sur 75 observations nous avons noté :

Baisse du taux d'uricémie : 28 cas = 37 %

Cette chute a été observée immédiatement à la fin de la cure ou dans les semaines qui suivent dans 8 cas.

Dans les autres cas, le nouveau dosage a été effectué au début de la cure suivante, c'est à dire, avec un recul d'environ 1 ans après la fin du traitement. Ceci n'est qu'un argument supplémentaire en faveur de son éfficacité.

Dans trois cas enfin les dosages faits d'une année sur l'autre se sont montrés inchangés (17/34/44) soit du fait de l'inaptitude du malade à supporter le traitement, soit du fait de son intempérance, qui le conduit à adopter un régime alimentaire inadapté.

TRAITEMENT.

TRAITEMENT THERMAL DES PHARYNGITES CHRONIQUES AVEC HYPERURICEMIE.

Dans le "Traitement Thermal de la Goutte en France", François BESANCON, Guy CABANEL et Yvon DENARD distinguent :

1°) Des stations de diurèse, type Evian, Contrexéville, Vittel, Capvern.

2°) Des stations spécialisées en pathologie ostéo-articulaire : type Aix-les-Bains, Dax.

3°) Des stations consacrées aux maladies du foie et de la nutrition telles Vichy et Vals.

Luchon n'est pas citée dans cette énumération. Cependant, en 1840, Mr de LAMARTINE venait soigner sa goutte à Luchon. Cette station n'a-t-elle pas, en dehors de sa vocation O.R.L. bien connue (et peut-être à cause d'elle d'ailleurs) une haute spécialisation en pathologie ostéo-articulaire que l'on a trop tendance à oublier. Enfin, et surtout, comme le faisait remarquer J. CASTAIGNE en 1935, Luchon est la seule station qui puisse offrir à la fois des cures de sudation par son Radio Vaporarium sulfuré, des cures de diurèse par ses eaux silicatées alcalines type "Ravi", et son eau radioactive de Moureu.

Sudation, diurèse, traitement des affections ostéo-articulaires, il s'agit là de trois armes thérapeutiques qui devraient mettre Luchon au premier rang des stations françaises du traitement de la goutte.

Dans l'association des pharyngites chroniques et de l'hyperuricémie objet de ce travail, quelle est la station thermale française pouvant apporter à la fois un traitement local des manifestations pharyngées tout en traitant la cause sur le plan général ?

Enfin, Luchon est à la fois une station soufrée et une des plus radio-actives de France. C'est là une véritable vocation pour le traitement des maladies métaboliques. Voici quelques citations qui viennent à l'appui de cette assertion.

"Le soufre vivant est le médicament héroïque de l'imprégnation arthritique des muqueuses rhinopharyngées" (De PARREL).

"Des actions physiologiques thérapeutiques de l'émanation de radium, nous retiendrons celle-là seulement, la sédation des états algiques". (CAZAL et GAMELSY).

"En effet, l'administration du soufre organique et minéral, comme adjuvant de la thérapeutique élective des maladies métaboliques est justifiée par quelques critères fondamentaux". (UTURINI).

1°) Il favorise le renouveau de l'activité des systèmes enzymatiques qui contrôlent les différentes phases des métabolismes intermédiaires.

2°) Il active les fonctions métaboliques du foie et rééquilibre le système neuro-endocrinien.

3°) Il prévient les complications dégénératives liées à la dégradation des protéines soufrées".

Ces trois propriétés justifient déjà à elles seules l'emploi du soufre dans toutes les formes de goutte.

L'action du Radio-Vaporarium dans la goutte ne repose pas seulement sur des constatations cliniques. Une expérimentation a été faite par PIERY de Lyon. C'est l'oiseau qui est le seul animal chez qui l'on puisse réaliser des gouttes expérimentales avec hyperuricémies et troubles articulaires.

Le poulet a été choisi comme animal d'expérience, car il n'a pas de glandes sudoripares. Soumis à un régime carné cet animal présente au bout d'un mois un syndrome avec hyperuricémie et troubles articulaires. Des animaux soumis au même régime, et exposés au Radio-Vaporarium n'ont présenté aucun trouble articulaire et aucune modification du leur uricémie.

Cette expérience tend à prouver que le Vaporarium est intervenu par sa radio-activité en modifiant le métabolisme de l'acide urique (Prof. J. CASTAIGNE, Journal Médical de France, 1935, "Association de cure de diurèse et radio Vaporarium").

En somme, Luchon, en offrant à la fois du soufre et une radio-activité dont l'utilisation vient s'harmoniser dans le traitement des états algiques et des troubles métaboliques, est parfaitement indiqué dans le traitement des pharyngites qui s'accompagnent d'une hyperuricémie et plus particulièrement dans les pharyngites goutteuses.

Ce traitement peut être envisagé sous deux rubriques :

1°) Le traitement local.

2°) Le traitement général.

Cette distinction n'a qu'une valeur didactique car le traitement local par l'eau ou les gaz soufrés, permettant un passage du soufre dans le sang, a déjà une action générale. Réciproquement, le traitement général, par les modifications métaboliques qu'il entraine, intervient sur l'état local. C'est dire que ces deux traitements s'harmonisent et se complètent.

TRAITEMENT LOCAL DES PHARYNGITES AVEC HYPERURICEMIE.

Ce traitement comprend trois étapes :

1°) Un apport d'eau soufrée par l'irrigation nasale et par les gargarismes.

2°) Un apport de soufre en suspension par l'aérosol.

3°) Un apport de gaz soufré par une technique très particulière à Luchon, le humage.

1°) L'irrigation nasale, et les gargarismes.

Luchon offre une très large gamme d'eaux de thermalité, de sulfuration et même radioactivité qui peuvent être utilisées en irrigation et en gargarisme.

Dans le cas particulier des pharyngites, il ne faut utiliser que les eaux les moins agressives sur cette muqueuse déjà fragilisée et congestive. C'est dire que leur emploi est limité aux eaux faiblement thermales et de sulfuration basse type Ferras, Blanche, Romains, et maximum Pré II (1). C'est dire également qu'il serait nocif d'utiliser la grande irrigation nasale avec embout olivaire et bock laveur, et l'irrigation par sonde rétro-nasale de Vacher. Dans les pharyngites avec hyperuricémie il faut se limiter à l'emploi de la rhino-pipette de Luchon.

La rhino-pipette de Luchon présente une forme et un volume qui permettent une irrigation effective et facile à régler. Elle contient 50 g. de liquide. Classiquement, deux phases sont nécessaires. Pour la première, bain proprement dit, le sujet doit tenir sa tête renversée en arrière, le liquide s'écoulant sur le plancher de la fosse nasale, et venant s'accumuler dans le cavum. Une fois la fosse nasale pleine le sujet effectue quelques mouvements de latéralité qui permettent au liquide de baigner les différentes parois. Une flexion de la tête en avant permet de le rejeter. Pour la deuxième phase, ou bain à eau courante, la tête est modérément penchée en avant et du côté à la narine irrigée. La pipette étant placée dans une narine, on laisse s'écouler l'eau thermale par la narine opposée.

(1) Cette eau de Pré II est la plus stable des eaux de Luchon. C'est en raison de cette stabilité qu'elle a été présentée par le Laboratoire CHIBRET sous forme de "soluté PréII", isotonisée, et pouvant servir à l'emploi local, hors de la Station.

Les gargarismes :

Pour cette pratique 3 modalités ; nous ne citerons que les deux premières car elles sont bien connues pour ne retenir que la troisième, celle de la douche pharyngée.

a) Le bain de gorge silencieux d'ESCAT.

b) Le gargarisme laryngien bruyant.

c) La douche pharyngée, c'est un gargarisme d'un type très particulier moins connu des O.R.L. non thermalistes.

Elle présente en effet une action double, physique, par la forte pression de son administration et la haute thermalité de l'eau utilisée, chimique, par le principe sulfureux qu'elle apporte directement au contact de la muqueuse et des amas lymphoïdes du pharynx buccale. L'eau utilisée est celle de la source Reine de haute thermalité et de forte sulfuration. Son action rapide éphémère, non prolongée, agressivité de courte durée, son action tonifiante sans être brutale explique qu'on puisse l'utiliser sans être en contradiction avec ce qui a été dit plus haut.

La projection de l'eau thermale est faite par le pistolet à pression variable, imaginé par le Docteur L. CASTAY présentant un ou plusieurs orifice de 1/2 mm de diamètre. Le patient est assis en face de l'opérateur, séparé de lui par une large cuvette à écoulement inférieur en matière plastique. On demande au malade d'ouvrir largement la bouche, certains utilisent un abaisse langue ; mais il nous est apparu au contraire préférable que le sujet contrôle lui même les réflexes déclenchés par la projection de l'eau thermale sur ses amygdales et son pharynx car, contrairement à l'opinion quelquefois émise, c'est à notre avis le réflexe nauséeux qui est le plus éfficace pour constituer un véritable massage des loges amygdaliennes et pour permettre surtout une plus grande surface d'irrigation de la muqueuse bucco-pharyngée.

Le geste doit être bref, précis, sa durée variable selon les sujets compte tenu des temps de repos qui sont nécessaires entre chaque projection. Dans les premières séances, certains sujets

ont de grandes difficultés à dégager leur pharynx en aplatissant leur langue ; il est tout de même relativement rare qu'après quelques séances, ils n'arrivent pas à contrôler et vaincre cette angoisse respiratoire provoquée par le contact de l'eau avec le pharynx.

L'action de la douche pharyngée est remarquable sur les pharyngites de toutes sortes et plus particulièrement sur les formes algiques diathésiques. Enfin et surtout, les paresthésies et les hyperesthésies pharyngées sont très heureusement influencées par ce traitement qui constitue une véritable gymnastique de la musculature du pharynx. Chez ces patients à réflexes nauséeux prompts dont l'examen initial est souvent difficile, sinon impossible, on a la surprise de voir après quelques douches que l'examen à l'abaisse-langue et surtout au miroir laryngé sont devenus beaucoup plus faciles.

2°) Les aérosols de Luchon

Les aérosols de Luchon utilisent les vapeurs de la source Richard. Les particules ne dépassent pas deux microns. La thermalité doit être ici limitée et c'est là une notion importante, car à partir de 39° les micelles sont détruites. La production de l'aérosol est réalisée par l'appareil de GAUCHARD sur lequel on branche de plus en plus le vibreur de FLOTTES et RIU (aérosol sonique) qui assure une plus grande diffusion des micelles soufrées sur la muqueuse. Les prescriptions sont d'une ou deux séances par jour de 5 à 15 minutes. La sulfuration étant peu importante comme nous avons pu le vérifier au papier à l'acétate de plomb, et du fait de sa pénétration dans le sang à travers l'alvéole pulmonaire, l'aérosol constitue un moyen d'administration du soufre que beaucoup préfèrent aux cures de boisson d'eau soufrée puisque cette méthode permet de contourner la barrière hépatique.

On conçoit l'utilité de ce mode d'administration du soufre dans les pharyngites hyperuricémique associées à une insuffisance hépatique.

3°) Les humages

Nous avons signalé au début l'intérêt et l'originalité de cette pratique dans le cadre des techniques de cure de Luchon.

Il s'agit dans leur principe d'une circulation d'eau dont le barbotage accentue le dégagement de vapeur soufrée aboutissant à une bouche d'inhalation individuelle.

Nous rappelons à ce sujet que le soufre contenu dans l'eau comme dans les pratiques de pulvérisation, de nébulisation, ou même d'aérosol est en partie brulé par le liquide lui-même et n'émet donc que peu de gaz soufré. C'est dire que l'utilisation de vapeur sèche est le moyen thérapeutique d'apport soufré le plus puissant. Le sujet placé à 8 ou 10 cm de la tubulure d'évacuation inspire et expire normalement par les fosses nasales. En pratique on prescrit une à deux séances par jour. La séance ne doit pas excéder plus de 15 minutes, car au delà de ce délai le humage peut devenir nocif du fait même de se très grande diffusion et de son pouvoir de pénétration dans la muqueuse.

Voici les différentes sortes de humage qui peuvent être utilisées suivant leur ordre de sulfuration et de température croîssante, que nous avons nous-mêmes contrôlée au poste d'utilition :

- Le humage BLANCHE à thermalité 31° et sulfuration peu élevée d'où son action décongestive.

- Le humage BORDEU à thermalité 33° et sulfuration supérieure, son action est calmante et utile pour les muqueuses irritées. Comme le précédent et encore plus même ce humage est légèrement radioactif.

- Le humage RICHARD continue la progression dans la thermalité et la sulfuration (35°).

- Les humages REINE et GROTTE atteignent ici le maximum de thermalité et de sulfuration, 38,3° pour REINE, 36° pour GROTTE. Comme BLANCHE, GROTTE a une action très décongestive.

- Notons ensuite la particularité du humage SAULE à sulfuration élevée mais à thermalité basse (31,6°).

- Enfin le humage AZEMAR à sulfuration et à thermalité moyenne voisine de BORDEU mais non radioactif (34°).

- Comme pour l'eau ce sont les humages les poins agressifs qui doivent être utilisés dans les pharyngites goutteuses : humage BLANCHE la première semaine, humage BORDEU la deuxième et pour la troisième le choix sera fait en fonction des réactions de la muqueuse : AZEMAR si la réaction est trop congestive, RICHARD ou GROTTE dans le cas contraire. GROTTE sera surtout utile quand on désire une action également sur le larynx.

TRAITEMENT GENERAL DES PHARYNGITES GOUTTEUSES

Ce traitement se ramène à deux pratiques : la cure de diurèse, et la cure de sudation par la radio-vaporarium.

1°) Les boissons diurétiques

Les boissons sulfureuses ne seront pas utilisées dans les pharyngites avec hyperuricémie car elles sont souvent à l'origine d'incidents digestifs et plus particulièrement hépatiques. A l'opposé les boissons diurétiques moins connues sont parfaitement supportées sur le plan digestif. Elles sont donc très utiles chaque fois que les manifestations O.R.L sont la conséquence ou sont associées à des diathèses uricémiques cholestérolémiques ou diabétiques. C'est dire qu'elles sont particulièrement intéressantes dans le domaine qui nous occupe ici.

Cette action diurétique peut se trouver d'une part, dans la source très particulière de RAVI, d'autre part dans le groupe des eaux radioactives.

a) Source de Ravi née dans les schistes siluriens inférieurs. Elle est alcaire, renferme une proportion moyenne de 0,054 de silicate de soude par litre, légèrement sulfurée, elle a une faible odeur de H2S, sa température est de 17° à 18°, elle est légèrement radioactive 0,2 nc/l de radon (1), elle contient des traces d'arsenic. Elle a les propriétés des eaux silicatées, antiseptiques des voies urinaires, elle a une action hyperhémiante sur l'appareil urinaire, action déterminée par les sulfures de sodium. En fait surtout de par sa légère radioactivité, son action

(1) Le nc est la nanocurie correspondant à 10^{-9} curie.

est complexe et elle pose tous les problèmes des eaux organiques "vivantes". Elle est indiquée dans la lithiase urique et phosphatique. Elle se boit de préférance à jeun et le matin. La dose est variable de 100 à 200 gr. Bien supportée, elle pourrait même avoir une action bienfaisante sur l'appareil digestif.

Chez les uricémiques, les urines deviennent neutres puis alcalines. En fait, cette source peu sulfureuse et froide est particulièrement diurétique.

b) Les eaux radioactives. Luchon possède les sources les plus nombreuses et les plus radioactives de France.

Les sources PRE I, PRE II et PRE III, présentent respectivement une teneur de 0,9, 0,7 et 1 nc par litre de radon ; à noter que tous ces chiffres ont été pris sur l'eau au moment de l'utilisation, c'est à dire qu'ils sont bien inférieurs à ceux relevés au niveau de leurs sources. Mais l'eau la plus radioactive que nous utilisons en cure de diurèse est la source MOUREU qui présente une teneur de 19 nc/l de radon.

Les problèmes posés par l'emploi médical de l'eau minérale radioactive sont très complexes. Qu'il nous suffise de dire que les produits radioactifs absorbés disparaissent au bout de deux heures, ce qui correspond à la période biologique du radon dissous, et, que cette élimination se fait par ventilation pulmonaire. On voit par conséquent qu'il n'y a pas d'accumulation dangereuse de radio-éléments comme certains ont pu envisager de le dire.

Il avait été démontré antérieurement (J. CASTAIGNE 1935) que l'administration d'eau radioactive quelconque, contenant du radon en dissolution augmentait le volume des urines.

Des expérimentations faites par D. SANTENOISE et R. GRANDPIERRE sont venues confirmer ce pouvoir diurétique de la source MOUREU.

Ils ont eu le mérite d'apporter la preuve expérimentale que cette diurèse importante se prolonge pendant toute la durée de la cure et cesse dès la fin de la cure, que cette diurèse surtout est indépendante du volume d'eau absorbée.

Il s'agit donc bien d'une eau diurétique. Même lorsqu'elle est prise en petite quantité (200 grs par jour) on arrive à un volume urinaire de 2000 cc par jour chez l'homme, soit un résultat supérieur à celui obtenu avec une eau diurétique ordinaire. Le taux d'élimination du calcium et d'acide urique est notablement augmenté, pouvant provoquer même une assez abondante élimination de sable urinaire et parfois de petits calculs d'acide urique. Le sodium éliminé n'est que peu augmenté, alors que l'urée et les chlorures sont sans changement.

Surtout et c'est un fait à retenir, l'augmentation de l'acide urique éliminé est de 25 à 30 % et de près de 50 % pour le calcium. C'est ce qui explique que son utilisation entraîne des baisses parallèles de ces dosages au niveau du sang.

C) Le radio-vaporarium. Cet ensemble très original constitue à lui seul une thérapeutique thermale indépendante des autres, et si Luchon ne possédait que ce moyen thérapeutique, elle pourrait être cependant classée comme une grande station thermale du traitement de la goutte. Le Professeur WOLF (New York) n'a-t-il pas dit après sa visite du radio vaporarium que si les Américains possèdaient une richesse de cet ordre, ils construiraient à son entour une ville bien plus importante que Luchon dont l'activité serait centrée sur son exploitation thermale.

Il s'agit en effet, d'une grotte creusée à même le roc dans le massif de pregmatite, dans laquelle se trouvent à la fois des vapeurs sulfureuses, une radioactivité variable, suivant les endroits, une thermalité qui varie de 37° à son entrée à 47° dans ses profondeurs. Cette sulfuration, cette radioactivité, cette thermalité proviennent des parois rocheuses elles-mêmes. Il est à remarquer que la thermalité et la sulfuration des eaux suivent toujours une progression parallèle tandis qu'au contraire la radioactivité diminue quand la thermalité augmente.

Le curiste, en maillot de bain, pénètre progressivement dans cette grotte, parvient d'abord dans une salle centrale et peut progresser ensuite à travers de nombreuses galeries ou la thermalité va croissant. La durée totale de ce séjour ne doit pas

excéder en règle générale 20 minutes. Au bout de quelques minutes, le sujet présente des sueurs abondantes qui, fait particulier, ne s'accompagnent d'aucune sensation de soif et ne modifient pas sa diurèse (G. CASTAIGNE). On observe quelquefois un peu de tachycardie, mais il semblerait qu'il y ait une acclimatation au bout de quelques séances. De toutes façons, pendant ce séjour dans le radio-vaporarium, le sujet est soumis à un véritable bain de vapeurs sulfureuses et de radon. On conçoit dans de telles conditions tous les bienfaits que l'on peut attendre de cette pratique par l'accélération des phénomènes d'oxydation, l'élimination des déchets, et les réactions vaso-motrices qui en résultent.

Dans certains cas on fait suivre cette séance de sudation spontanée d'une période de repos au lit enveloppé de couvertures ce qui produit une prolongation de la réaction congestive, amorcée dans la radio-vaporarium et qui s'objective par une sudation abondante. Cette sudation intense provoque une perte pondérale de 500 à 600 gr. Elle représente bien ce que les anciens appelaient "la saignée blanche".

Comme nous l'avons dit au début, le radio-vaporarium pourrait constituer à lui seul, et surtout si on l'associe à une cure d'eau diurétique, une pratique thermale qui se suffit à elle même.

En effet, ses actions sont multiples, sédatives, désensibilisantes, anti-toxiques, action également sur les troubles métatoliques et action neuro-hormorale.

- L'action sédative peut s'observer dans les algies diverses d'origine rhumatismale, en particulier dans le rhumatisme dégénératif comme l'arthrose, dans les algies goutteuses et plus particulièrement dans les formes de pharyngites goutteuses. Cette action facilite la mobilité des articulations et donne une nette sensation de relaxation.

- L'action désensibilisante peut s'objectiver par les améliorations obtenues par les thérapeutiques dans les rhinites et les trachéites spasmodiques et l'asthme. Rappelons à ce sujet que

les manifestations aiguës de la goutte ont été considérées par certains comme une véritable crise colloïdoclasique, c'est dire l'intérêt de cette action désensibilisante dans les pharyngites goutteuses.

C'est associée à la cure de diurèse que l'action antitoxique est la plus importante, en effet, après son utilisation, on constate une diminution du taux sanguin de l'acide urique et du calcium, la glycémie est diminuée ainsi que le taux d'urée et de cholestérol. La vasodilatation régularise la circulation et diminue la tension artérielle. La radon possède un pouvoir antitoxique qui s'ajoute à celui du soufre comme le faisait remarquer J. CASTAIGNE. Luchon est la seule station où l'on peut augmenter à la fois, la sudation et la diurèse d'un sujet.

Les modifications métaboliques apportées par la cure de radio vaporarium peuvent s'objectiver par deux faits. D'une part on peut l'utiliser dans les cures amaigrissantes, encore que dans ce domaine pour obtenir un résultat il soit nécessaire d'y associer la cure diurétique et surtout un régime ; d'autre part et surtout nous avons obtenu d'excellents résultats dans les maigreurs, résultats qui se sont objectivés par des prises de poids de plusieurs kg pendant la cure de radio-vaporarium. Une observation illustre assez bien ce paradoxe, un sujet pour lequel le radio vaporarium avait été prescrit pour rhumatisme est passé dans les mois qui suivirent ce traitement de 61 à 75 kg pour une taille de 1m72.

Ces résultats thérapeutiques observés ne peuvent s'expliquer que par une action neuro-hormonale. C'est d'ailleurs ce que l'expérimentation tendrait à prouver : expérience des Professeurs BULLARD et CHAMPY sur la grenouille démontrant que l'action de la radioactivité se ferait pas l'intermédiaire de l'hypophyse. Il est aussi intéressant de remarquer que c'est par un mécanisme hypophysaire que le professeur CAUJOLLE interprète l'action du soufre. De toutes façons, l'association de la radioactivité du soufre et de la thermalité semblent harmoniser leurs effets dans les résultats thérapeutiques observés avec la radio vaporarium de Luchon.

CONCLUSIONS GENERALES.

Dans ce mémoire et à l'appui des 75 observations que nous avons retenues parmi les plus démonstratives, nous nous étions fixés un double but, clinique et thérapeutique.

Tout d'abord tenter de démontrer l'existence d'une pharyngite goutteuse beaucoup plus fréquente que le spécialiste O.R.L. ne le croit habituellement. Dans les mêmes conditions que pour le rhumatologue, dans notre spécialité cette goutte "a gagné en fréquence ce qu'elle a perdu en intensité". Certes elle peut se présenter sous la forme de la pharyngite diathésique dont nous avons reproduit au début la remarquable description de notre Maitre MADURO. Mais en dernière analyse, c'est dans une forme plus particulière que nous voudrions retenir la pharyngite goutteuse évoluant dans un contexte clinique peu suggestif du terrain hyperuricémique, forme d'autant plus intéressante qu'insolite pour le spécialiste non averti, revêtant de ce fait un intérêt diagnostique en ouvrant de vastes perspectives pronostiques et thérapeutiques.

Il s'agit de <u>la forme catarrhale de l'adulte jeune</u>, qui n'est ni obèse, ni gros mangeur, qui ne fume pas et n'accuse aucune notion d'éthyle. Le malade nous est adressé pour des douleurs pharyngées après angine banale. L'aspect de ce pharynx est du type catarrhal, mais d'une forme plus congestive que d'habitude, presque pourprée ; cette rougeur est diffuse, avec deux piliers antérieurs de l'amygdale bien dessinés, rouges, hypertrophiques.

Ce malade n'a pas d'antécédents particuliers, mais à un bref examen on trouve des signes "d'orientation" points douloureux laryngés, sterno-chondro-costaux, de vagues arthralgies éphémères et fugaces.

Sur ce tableau qui est loin du goutteux classique, et qui en est pourtant une forme de début, l'examen de sang va révéler un taux élevé d'acide urique.

C'est cette forme qui nous paraît la plus originale, la plus intéressante à retenir, car la découverte de cette pharyngite goutteuse va permettre une thérapeutique utile, transformer l'avenir de ce malade qui aurait vraisemblablement évolué vers les formes plus avancées et moins curables de cette maladie.

Enfin, et c'est là notre deuxième but, nous voudrions retenir que ces pharyngites goutteuses peuvent trouver à LUCHON le lieu de prédilection de leur traitement. En effet cette station, à double vocation O.R.L et rhumatismale, offre à ce genre de malade, par la richesse de ses eaux, la diversité de leur mode d'application, l'originalité de son Radio-Vaporarium sulfuré, les meilleurs chances de guérison.

C'est là en effet qu'il trouvera les deux traitements qui lui sont nécessaires, un traitement local qui le soulagera au niveau de son pharynx, un traitement général, qui en modifiant son terrain, lui assuera un avenir meilleur en rétablissant l'équilibre biologique de son uricémie, car c'est là finalement le point le plus important de son traitement.

Vu, le Président de Thèse

Pr. MADURO

Vu, le Doyen de la Faculté

Pr. G. BROUET

Vu, et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE.

1 - F. BESANCON - C. CABANEL et Y. DENARD.

"Le traitement de la goutte en France"
Congrès international de la Goutte et de la Lithiase Urique, Evian 1964.

2 - G. BOSSA.

"Zolfo e malattie metaboliche".
3° Simposio internazionale di Zolfoterapia, Terme di Tabiano, 1959.

3 - BUTTURINI.

"Zolfo e malatttie reumatiche".
3° Simposio internazionale di Zolfoterapia.

4 - CARLO G., FELICE à PORTA.

"Zolfo e flogosi rinofaringeo".
3° Simposio internazionale di Zolfoterapia.

5 - BAQUE S.

"Le Radio Vaporarium de Luchon, étude documentaire, suivie d'une note de LEPAPE".
(ann. Soc. Hydr. Paris, 2 déc. 1929).

6 - BLANQUET (Mme) - CASTAIGNE et CHAUMERLIAC.

"L'action de l'eau fortement radio-active prise en ingestions".
(Journal Med. de France 1935 - 24 - 314).

7 - CASTAIGNE J.

"L'action de la cure de diurèse et des effets thérapeutiques du Vaporarium de Luchon".
(Journ. Med. Franc. 1935 - 24 n° 9 - 320).

8 - CAZAL - GAMALZIG.

"Les indications de la cure Radio-active de Luchon".
(Journ. Med. de Bordeaux, 22 mai 1922).

9 - CAZAL - GAMELZIG.

"Les paresthésies pharyngées et leur traitement hydro-minéral par les eaux Radio-actives".
(Bull. Soc. Franc. O.R.L. 1922).

10 - CAZAUX P.

"Considérations sur les eaux sulfurées".
(Revue des Docteurs en Pharmacie de France et Union Française, 44è année, n° 31, mars 1957).

11 - CONGRES INTERNATIONAL DE LA GOUTTE ET DE LA LITHIASE URIQUE.

(Evia 1964) - (nombreuses références).

12 - DE PARREL.

"Le neuro arthritisme respiratoire et son traitement".
(Revue Internationale de Laryngologie, mars 1922).

13 - DUCHESNE.

"L'émanation du Radium aux eaux de Luchon, dans la goutte, le rhumatisme, les névralgies".
(Le concours Médical, 17/8/1921).

14 - ETIENNE A.

"Notice sur la Source de RAVI, et ses Indications".
(TOULOUSE).

15 - ETIENNE A.

"Luchon - La Nouvelle Source RAVI".
(Toulouse, Marquès ed.).

16 - ETIENNE A.

"LUCHON, Station pour Urinaires, étude de l'eau de RAVI.
(Luchon thermal).

17 - FLURIN.

"Les rhino-pharyngites des brightiques".
(Revue de Laryng. 1921).

18 - GERMES et R. MOLINERY.

"Le radio-Vaporarium sulfuré de Luchon".
(Jour. Med. Franc. 1935/24/318).

19 - GRANDPIERRE R. et ARNAUD Y.

"Recherches concernant les conditions d'emploi des eaux thermales radio-actives".
(Bulletin des thermes de Luchon, n° 5).

20 - KRYANOVSKI.

"Un hammam thérapeutique - Le Radio-Vaporarium de Luchon".
(Thèse Marseille 1939).

21 - LECORCHE.

"La pharyngite Goutteuse".
(Traité de la Goutte).

22 - LIEVRE - LEROUX-ROBERT et BACRI.

"Une algie cervico-brachiale peu commune".
(Presse Médicale, 69, 1961).

23 - LEMAIRE et LOEPER

"Soufre et sénescence".
3° Simposio internazionale di Zolfoterapia, Terme di Tabiano 1959).

24 - MANDEL P. et WEIL J.D.

"Soufre et activité enzymatique".
(3° Simposio....).

25 - MADURO R. et BOUCHE J.

"Maldies du Pharynx".
(Masson).

26 - MOLINERY R.

"Le Radio-Vaporarium Sulfuré de Luchon".
(ann. soc. hydr. et clin. 1929).

27 - MOLINERY R.

"Le radio-Vaporarium sulfuré de Luchon. Historique - Clinique - Résultats - Possibilités".
(14° Congrès International d'Hydrologie et Climatologie).
(Toulouse, oct. 1933).

28 - MOUREU et LEPAPE.

"La Radio-activité des sources thermales de Luchon".
(Bull. Ac. de Médecine, 1909, 383, 396).

29 - MAUGEIS de BOUGESDON.

"Crénothérapie des rhumatismes à Luchon".
(Presse thermale et clinique, 1956 - 93 - 83 - 88).

30 - OUSTRIN.

"Contribution à l'étude de la Radio-activité à Luchon".

31 - SANTERNOISE D. - GRANDPIERRE R. et ROBERT M.

"Etude de l'action diurétique de quelques eaux de Bagnères de Luchon".
(Bulletin de thermes de Luchon n°5).

32 - VIELLEFOND H.

"Utilisation de la radio-activité des eaux et des gaz de la station de Bagnères de Luchon".
(Importante bibliographie).

33 - SCALABRINO e de AMINCIS.

"Manifestazioni otorinolaringologiche della mallatia reumatica".
(Annali di Laringologia-otologia-faringologia, suppl. al fasc. II, 1959).

agemp
EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13e
TELEPHONE
535:18—93
535:18—62